



Universidad de Jaén

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

**CONSTRUCCIÓN DE ESCALAS DE PERDÓN,
MANEJO DE EMPATÍA Y PENSAMIENTOS
DISTORSIONADOS SOBRE EL AGRESOR, Y
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EMOCIONAL
CON AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Autor: Miguel Mora Pelegrín

Directoras de la tesis:

**Dra. María Aranda López
Dra. Beatriz Montes Berges**

Departamento de Psicología
Área de Psicología Social

Fecha: 18/07/2024

ISBN:
Licencia CC



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Departamento de Psicología

**Construcción de escalas de perdón, manejo de empatía y
pensamientos distorsionados sobre el agresor, y propuesta
de intervención emocional con agresores de
violencia de género**

Línea de investigación:

Psicología Aplicada a Ámbito Clínico y de la Salud

TESIS DOCTORAL

Miguel Mora Pelegrín

Tesis Doctoral dirigida por:

Dra. Beatriz Montes Berges

Dra. María Aranda López

18 de Julio de 2024

ÍNDICE

Agradecimientos.....	5
Resumen	7
Abstract.....	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO TEÓRICO	21
CAPÍTULO 1. VIOLENCIA DE GÉNERO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	21
CAPÍTULO 2. LA DISPOSICIÓN A PERDONAR COMO FACTOR DE VULNERABILIDAD	30
CAPÍTULO 3. LA EMPATÍA Y SU MANEJO COMO FACTOR DE PROTECCIÓN	42
CAPÍTULO 4. PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LOS AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO	54
CAPÍTULO 5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EMOCIONAL CON AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	65
III. PARTE EMPÍRICA. MEMORIA DE TRABAJOS.....	76
CAPÍTULO 6. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	76
CAPÍTULO 7. ESCALA DE DISPOSICIÓN PARA PERDONAR.....	89
Resumen	91
Abstract.....	92
Introducción.....	93
Estudio 1	97
Participantes.....	98
Generación y desarrollo de ítems para la escala de disposición a perdonar.....	98
Procedimiento	98
Resultados del Estudio 1	99

Estudio 2	102
Participantes	102
Instrumentos	102
Procedimiento	102
Resultados del Estudio 2	104
Discusión	107
 CAPÍTULO 8. LA CAPACIDAD EMPÁTICA Y LA HABILIDAD PARA REGULARLA: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE MANEJO DE EMPATÍA	120
Abstract	122
Introduction	123
Study 1	131
<i>Materials and Methods</i>	131
<i>Results</i>	134
Study 2	136
Results	138
<i>Discussion</i>	143
 CAPÍTULO 9. CREACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO	158
Creation and validation of the Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressors Inventory	160
Abstract	160
Introduction	161
Method	166
Results	172
Discussion	181
 CAPÍTULO 10. LAS HABILIDADES EMOCIONALES Y LA EVALUACIÓN DE LA SALUD EN LAS INTERVENCIONES CON AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS	201

Emotional Skills and Health Assessment in Interventions for Intimate Partner Violence Perpetrators: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials	203
Abstract.....	203
Introduction	204
Method	207
Results.....	210
Discussion	222
IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	
246	
V. REFERENCIAS.....	281
VI. ANEXOS.....	338
ANEXO I. ITEMS DE LA ESCALA DE DISPOSICIÓN PARA PERDONAR.....	339
ANEXO II. ITEMS DE LA ESCALA DE MANEJO DE EMPATÍA EN ESPAÑOL	340
ANEXO III. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LOS AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO	342

Agradecimientos

Las primeras personas a las que quisiera expresar mi más sincero agradecimiento son a mis directoras de tesis, Beatriz Montes Berges y María Aranda, por animarme a retomar este proyecto y confiar en mí, por compartir su tiempo y energía conmigo de una forma tan generosa y paciente, y por tantas otras cosas que resultan difícil expresar con palabras. Son muchas las vicisitudes que hemos tenido lidiar juntos a lo largo de todos estos años y no puedo nada más que ofrecerles mi afecto incondicional y desearles lo mejor para el futuro.

También quisiera agradecer a mis amigos y a las personas cercanas que se han interesado por el trabajo que he estado realizando en los últimos años, su apoyo y el ánimo que me han transmitido sin saberlo. El reflejo de sus caras cuando les hablaba de este proyecto “a estas alturas de la vida” mostraba una mezcla de sorpresa, admiración y deseos de preguntarme si el resultado me compensaba tanto esfuerzo. Todavía hoy, no me atrevo a aventurarme con una respuesta definitiva.

Y por su supuesto a mi familia, la pieza más importante para mantener el equilibrio emocional necesario y poder culminar este proyecto académico. A mis padres por darme la mejor educación y proporcionarme los mejores valores para afrontar los retos de la vida. A mi suegra, María que con sus 94 años sigue preocupándose de todos sin perdernos de vista. A mis hermanos, cuñados y sobrinos por ayudarme cada uno a su manera y por permitirme desconectar y poder renovar las fuerzas cuando más falta me hacía. A Mariela, por estar siempre ahí y acompañarme en todo momento, por soportar mis ausencias y cambios de humor, y por el cariño que me sigue mostrando a

pesar de todo. A mis hijos, Victoria y Arturo, porque yo sé que me quieren, porque sigan aprendiendo a ser la mejor versión de ellos mismos, y porque son lo más importante de mi vida.

Espero poder compensar alguna vez todo lo que me habéis dado.

Resumen

La violencia de género es un problema social de índole mundial, que para ser erradicado requiere de una intervención integral, desde todas las esferas (públicas y privadas), que debe ser dirigida a todos los agentes implicados en este fenómeno. Los múltiples aspectos relacionados, y que pueden influir en la violencia que los hombres ejercen de forma instrumental contra las mujeres, hacen que nos enfrentemos a un problema multidimensional de extrema complejidad. En este trabajo de investigación se han analizado algunos de estos factores (de riesgo), que tienen como protagonistas a víctimas, agresores y profesionales que intervienen en este ámbito, con el propósito final de mejorar las propuestas terapéuticas que se ofrecen a las víctimas y hacer más eficaces los programas de intervención dirigidos a los perpetradores de este tipo de violencia.

En una primera fase de la investigación se ha trabajado en la construcción y validación de instrumentos de medida que permiten evaluar variables emocionales asociadas a la violencia de género, que son de vital importancia para superar las lagunas existentes en la intervención terapéutica dirigida a paliar las secuelas de este fenómeno tan complejo. Características individuales como la disposición para perdonar y el manejo de la empatía se orientarían hacia tratar de conseguir la separación emocional necesaria para que las víctimas no queden “contagiadas” de las emociones de su agresor. Los pensamientos distorsionados sobre el agresor vendrían a complementar otros mitos y creencias erróneas que constituyen uno de los factores de riesgo para la ocurrencia, la aceptación y el sostenimiento de la violencia de género en la sociedad.

En la segunda fase se analizó si la introducción de contenidos que desarrollan destrezas emocionales, mejoraba la efectividad de la intervención dirigida a hombres condenados por delitos de violencia de género. Mediante una revisión sistemática de la literatura existente, se evaluó si los programas de intervención con mejores resultados (la mayoría de corte cognitivo-conductual) incorporaban variables como la empatía o la inteligencia emocional, si los efectos positivos de la terapia se relacionaban con mejoras en el estado de salud y nivel de bienestar de los agresores, y, a su vez, si la constatación de estos beneficios personales se utilizaba para mejorar la motivación y adhesión al tratamiento.

Los resultados de este trabajo de investigación aportan una perspectiva novedosa al estudio de los factores de riesgo asociados a la violencia de género, y pueden ser aplicados tanto al tratamiento de las víctimas como al de los agresores. Además, profundizar en el análisis de estas variables (destacando el aspecto emocional) permitirá a los profesionales que intervienen en este ámbito mejorar su formación, dotarles de una mayor sensibilidad hacia este problema, y proponer estrategias terapéuticas más ajustadas y eficaces.

Palabras clave: violencia de género, perdón, empatía, mitos, inteligencia emocional, programas de intervención.

Abstract

Gender violence is a worldwide social problem that, in order to be eradicated, requires a comprehensive intervention from all spheres (public and private), which must be directed at all the agents involved in this phenomenon. The multiple aspects related to and that can influence the violence that men exercise in an instrumental way against women, mean that we are faced with a multidimensional problem of extreme complexity. In this research work we have analyzed some of these (risk) factors, which have as protagonists victims, aggressors and professionals who intervene in this field, with the final purpose of improving the therapeutic proposals offered to the victims and making the intervention programs aimed at the perpetrators of this type of violence more effective.

In the first phase of the research, we have worked on the construction and validation of measurement instruments that allow us to evaluate emotional variables associated with gender violence, which are of vital importance to overcome the existing gaps in therapeutic intervention aimed at alleviating the after-effects of this complex phenomenon. Individual characteristics such as the willness to forgive and the management of empathy would be oriented towards trying to achieve the necessary emotional separation so that the victims are not “infected” by the emotions of their aggressor. Distorted thoughts about the aggressor would complement other myths and erroneous beliefs that constitute one of the risk factors for the occurrence, acceptance and sustainability of gender violence in society.

In the second phase, we analyzed whether the introduction of contents that develop emotional skills improved the effectiveness of the

intervention aimed at men convicted of crimes of gender violence. Through a systematic review of the existing literature, we evaluated whether the intervention programs with the best results (mostly cognitive-behavioral) incorporated variables such as empathy or emotional intelligence, whether the positive effects of the therapy were related to improvements in the state of health and level of well-being of the aggressors, and, in turn, whether the confirmation of these personal benefits was used to improve motivation and adherence to treatment.

The results of this research bring a novel perspective to the study of risk factors associated with gender violence, and can be applied to the treatment of both victims and aggressors. In addition, further analysis of these variables (emphasizing the emotional aspect) will allow professionals involved in this field to improve their training, provide them with greater sensitivity to this problem, and propose more appropriate and effective therapeutic strategies.

Key words: Gender violence, forgiveness, empathy, myths, emotional intelligence, intervention programs.

I. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer (y su forma más común: la violencia en el ámbito de la pareja) se ha convertido en las últimas décadas en un fenómeno social que no conoce fronteras y que afecta tanto a países avanzados como a otros más pobres o en vías de desarrollo. Por este motivo, las principales organizaciones internacionales, y aquellas con competencias en salud, lo han reconocido como un problema de salud pública de primer orden y una violación de los derechos humanos de las mujeres que tiene su origen en la desigualdad de género, y han establecido estrategias estructurales que se plantean como reto erradicar lo que consideran una de las pandemias del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 2013, 2019, 2019; Organización de Naciones Unidas – Mujeres, 2024).

Independientemente del término utilizado para nombrar este fenómeno (en el ámbito de esta tesis doctoral se opta por la denominación de *violencia de género*), las cifras hablan por sí solas de la dimensión social del problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último informe realizado en 2013, señala que el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, o de violencia sexual por parte de personas distintas a su pareja. A nivel mundial, el 38% de número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal. A estas cifras hay que añadir que las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes (p.ej., relacionados con el embarazo y el parto, depresión o ansiedad), y que los costes sociales y económicos que conllevan para las familias y la comunidad son muy elevados. Finalmente,

también hay que tener en cuenta que la mayoría de las mujeres que sobreviven a este tipo de violencia (entre el 55% y el 95%, según regiones) no denuncian los hechos, ni solicitan ningún tipo de servicios de ayuda o atención. Algunos de estos datos se han actualizado por parte de la OMS u otras organizaciones y reflejan que la tasa de actos violentos contra las mujeres cometidos por sus parejas se mantiene en casi un tercio de las mujeres mayores de 15 años (26%; OMS, 2021) y aumenta el número de homicidios de mujeres a manos de sus parejas u otros miembros de la familia, alcanzando el 55% (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y ONU Mujeres, 2023). A nivel europeo, la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), publicó en 2014 los resultados de una encuesta realizada a 42.000 mujeres (entrevistas directas) que mostró datos igual de preocupantes. Una de cada tres mujeres había sufrido algún tipo de agresión física y/o sexual desde los 15 años de edad, y un 43% había sufrido alguna forma de violencia psicológica por parte de su pareja actual o de una anterior. En términos de acoso, el 18% había sufrido alguna forma de acoso; aunque estos porcentajes aumentaban si se trataba de acoso sexual entre mujeres con profesiones cualificadas o puestos de alta dirección (75%), o de ciberacoso entre mujeres jóvenes (20%). Resulta relevante que el 67% de las víctimas de cualquier tipo de violencia y el 74% de las víctimas de acoso no denunciaron el incidente. En España, la Encuesta Europea de Violencia de Género (EEVG) realizada en 2022 a 6.465 mujeres entre 14 y 74 años, que han tenido pareja alguna vez en su vida, estima que el 28.3% han sido víctimas de algún tipo de violencia dentro o fuera del ámbito de la pareja, siendo las mujeres entre 18 y 29 años las que representan un porcentaje más alto (38.1%). En cuanto a la búsqueda de apoyo, el 73.7% de las mujeres recurren a una persona cercana, pero tan sólo entre el 10.1% y el 21.1% contacta con la policía o con servicios socio-sanitarios. Otros datos de nuestro país, indican

que, desde enero de 2003 hasta diciembre de 2023, la media mensual de víctimas mortales por violencia de género es de 4,9, siendo 58 el número total de mujeres que fueron asesinadas por esta causa el año pasado. El porcentaje mayor de casos se alcanzó en Andalucía (29.3%), seguida de Cataluña (19%), la Comunidad de Madrid (12.1%) y la Comunidad Valenciana (10.3%). El grupo de edad de 31 a 40 años concentraba el mayor número de casos (37.9%), siendo las víctimas, en su mayoría, de nacionalidad española (56.9%). Algunos datos son especialmente llamativos, como la ausencia de denuncias previas (74.1%) o que la víctima estuviera conviviendo con el agresor (67.2%; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género -DGVG-, 2023). Por lo que respecta a la figura del agresor, los hombres condenados por delitos de violencia de género representan en torno a un 12% de la población reclusa en España, porcentaje que se mantiene estable en los últimos años. De todos ellos, la media de participación en los últimos cinco años en el Programa de Intervención para Agresores (PRIA) dirigido a este colectivo es de 1.090 internos, lo que representaría en torno al 21% de los penados por causas de violencia de género. A estos datos se unen los casos atendidos por los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (SGPYMA), que representaron casi el 40% de los mandamientos judiciales recibidos (35.366 en el año 2022), relacionados con una suspensión de la condena de prisión por delitos de violencia de género, y que conllevan la obligación de participación en un programa de tratamiento ambulatorio o tener que cumplir trabajos en beneficio de la comunidad (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2022).

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de actualizar el análisis tanto de los factores de riesgo asociados a la violencia de género, como de las propuestas de intervención dirigidas a los agentes implicados en un problema

que trasciende el ámbito de lo íntimo y lo familiar, y que genera en los países de nuestro entorno cada vez más actuaciones legales y profesionales para tratar de hacerle frente (Menéndez et al., 2013). Como señala también la OMS (2019), para prevenir la violencia contra las mujeres es necesario mitigar los factores de riesgo (e.g. dependencia de la pareja y actitudes que condonan o justifican la violencia como conducta normal o aceptable) y potenciar los factores de protección (e.g. empoderamiento de la mujer y actitudes conducentes a la igualdad de género), además de fomentar estrategias que fortalezcan las habilidades de hombres y mujeres para mejorar la comunicación interpersonal, la gestión de conflictos y la toma de decisiones compartidas.

Sin embargo, y a pesar de que son numerosos los factores que han sido objeto de estudio en relación con la violencia de género, son escasas las investigaciones que se centran en la separación emocional que la mujer ha de hacer con respecto a su agresor, para escapar de la situación de maltrato, minimizar el impacto de la experiencia sufrida y disminuir la posibilidad de retorno al lado del maltratador (Montes-Berges y Aranda, 2017). En la terapia desarrollada en este ámbito, el papel del perdón se ha relacionado tradicionalmente con la permanencia de la mujer en la situación de maltrato o, si se ha producido la ruptura de la pareja, con la reconciliación con el agresor. Desde una perspectiva diferente y más amplia, el perdón debería focalizarse hacia conseguir de la víctima una actitud de perdonarse a sí misma y poder así “pasar página” para dejar atrás esa parte de su vida. Por otro lado, está demostrado que las mujeres en general muestran altos niveles de empatía, hecho que podría situar en una posición de vulnerabilidad a aquellas que son víctimas de violencia de género; sobre todo si tienen especial dificultad para separarse de las emociones y necesidades de su agresor, lo que

conlleva que no sean capaces de tomar decisiones basadas en las suyas propias. La creación de nuevos instrumentos que sirvan para medir la capacidad de perdonar de las víctimas de violencia de género y el manejo que hacen de la empatía mostrada hacia su agresor, permitirá a los profesionales que intervienen en su ayuda hacer un mejor diagnóstico inicial de cada caso y realizar propuestas terapéuticas más ajustadas que posibiliten un mejor pronóstico de éxito.

Otro de los factores de riesgo asociados a la violencia de género son los mitos y creencias erróneas que existen en torno a este fenómeno. La mayoría de investigaciones que se han realizado hasta la fecha, dirigen su foco de atención a los pensamientos distorsionados sobre la mujer, las creencias y actitudes tolerantes hacia la violencia contra las mujeres y la percepción de la igualdad o desigualdad en diferentes contextos (Boira et al., 2013a; Díaz-Aguado y Carvajal, 2011; Ferrer et al., 2006; Fox et al., 2014; Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2014; Loinaz, 2014; Ubillos et al., 2017). En este sentido, creemos que los pensamientos distorsionados sobre el agresor y la falta de conocimientos en torno a su posible perfil y las circunstancias que lo rodean, también pueden constituir uno de los factores de riesgo para la ocurrencia de la violencia de género. El problema añadido es que los estereotipos en general están presentes en todas las esferas de la sociedad y, especialmente aquellos que están relacionados con la violencia de género, se encuentran instalados entre los agentes implicados en este tipo de violencia (las víctimas, los agresores y los profesionales que intervienen desde diferentes sectores). La creación de un instrumento que sirva para detectar los pensamientos distorsionados asociados al estereotipo del maltratador, permitirá confrontar y corregir las creencias equivocadas tanto a estudiantes en formación y profesionales que intervienen en este ámbito como a las víctimas y los propios

agresores. Además, todo ello facilitará que las propuestas de intervención estén más adaptadas a las características individuales de las personas a las que van dirigidas y, por tanto, sean más eficaces.

En una primera fase de esta investigación, el trabajo ha estado dirigido a la construcción y validación de instrumentos de medida que permiten analizar variables emocionales asociadas a la violencia de género, como la capacidad de perdonar, el manejo de la empatía y los pensamientos distorsionados sobre el agresor. Aunque estos instrumentos podrían ser aplicados a la población en general (personas que han sido dañadas u ofendidas por la conducta de otros, aquellas que tienen dificultades para gestionar el contagio o sobrecarga emocional de su entorno, y los “observadores o espectadores” de las situaciones de violencia), el objetivo es analizar estas variables como factores de riesgo asociados a la violencia de género y tratar de mejorar las propuesta de terapéuticas dirigidas a las víctimas y los agresores.

En línea con este propósito, la segunda fase de la investigación ha estado dirigida a evaluar la efectividad de los programas de intervención con perpetradores de violencia de género. En este contexto, los retos de futuro apuestan por programas cada vez más ajustados a las características individuales de los agresores y por mejorar las estrategias motivacionales hacia la intervención. Por tanto, creemos que profundizar en el aprendizaje y desarrollo de destrezas emocionales permitirá mejorar la efectividad de los programas y adaptar la intervención a los maltratadores que, en su mayoría, suelen caracterizarse por tener grandes dificultades para mostrar empatía y gestionar las emociones. Así mismo, evaluar la salud y estado de bienestar de los agresores, antes, durante y después de la intervención, aportará un elemento novedoso para mejorar la motivación hacia la terapia.

No obstante, a pesar de la importancia que tiene el aprendizaje de habilidades emocionales como moderador de la conducta violenta, y la necesidad de “poner en valor” los beneficios personales que se obtienen cuando se participa en la terapia, todavía son escasos los programas para agresores de pareja que enfatizan su intervención en este tipo de variables. Por este motivo, se hacía necesaria una revisión actualizada de las propuestas de intervención para maltratadores que tuvieran este enfoque. En concreto, mediante una revisión sistemática de la literatura existente en las últimas décadas, hemos analizado la efectividad de las propuestas de intervención para agresores que incluían el aprendizaje de habilidades emocionales entre los contenidos de la terapia. Además, se pretendía conocer si estos programas evalúan variables relacionadas con la salud y el bienestar de los agresores como resultado de la intervención, y si la constatación de estos beneficios personales obtenidos se utiliza para mejorar la adhesión y la motivación hacia el tratamiento.

La parte teórica de esta tesis se presenta en los primeros cinco capítulos. En el capítulo 1 se describe el problema de la violencia de género y los principales factores de riesgo asociados a este fenómeno. En el capítulo 2 se introduce el estudio del perdón, teniendo en cuenta sus potenciales beneficios para la salud, el lugar destacado que ocupa en la intervención terapéutica, la necesidad de su medición precisa para evitar que se convierta en un factor de vulnerabilidad y la escasez de instrumentos de medida creados en español. El capítulo 3 está dedicado al análisis de la capacidad de empatizar y a los problemas personales que se derivan de un manejo inadecuado de esta habilidad. Se describen los diferentes enfoques en torno a su concepto y la generación de instrumentos de distinta naturaleza, subrayando la inexistencia de herramientas que permitan evaluar el manejo de la empatía y las

repercusiones que este hecho tiene para la adaptación y ajuste de las propuestas terapéuticas. En el capítulo 4 se refleja la importancia que tiene el disponer de novedosos instrumentos de medida que complementen el análisis y evaluación de los diferentes mitos y creencias erróneas que sustentan el fenómeno de la violencia de género. La detección precoz de los pensamientos distorsionados que se tienen sobre la figura del maltratador entre los agentes implicados en este fenómeno permitirá contrarestarlos y adaptar mejor las propuestas de intervención para que sean más eficaces. Para finalizar el marco teórico, en el capítulo 5 se describen diferentes aspectos relacionados con los programas de intervención dirigidos a los agresores de violencia de género. Mediante una revisión sistemática se analiza la efectividad de las propuestas terapéuticas que incorporan el aprendizaje de habilidades emocionales, la influencia de la intervención en los posibles beneficios que obtienen los agresores en relación con su salud y estado de bienestar, y el uso que se hace de este efecto positivo para mejorar la motivación y adhesión al tratamiento.

La parte empírica comprende otros cinco capítulos, en los que se muestra la memoria de los trabajos que han sido publicados o están en proceso de revisión. En el capítulo 6 se plantean la justificación, los objetivos principales y las hipótesis que han orientado los diferentes estudios. En los siguientes cuatro capítulos se muestran las publicaciones de los diferentes trabajos que comprenden esta tesis doctoral (presentada por compendio de artículos): La creación y validación de la Escala de la Disposición para Perdonar (capítulo 7), la Escala de Manejo de Empatía (capítulo 8), el Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre los Agresores de Violencia de Género (capítulo 9), y la Revisión Sistemática de Ensayos Controlados Aleatorizados de los programas de intervención emocional dirigidos a los perpetradores de

este tipo de violencia contra las mujeres (capítulo 10). Finalmente, se añade un apartado donde se agrupan una discusión de los principales hallazgos, las conclusiones generales de la tesis doctoral y las perspectivas de futuro que se derivan en este ámbito de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Violencia de género y factores de riesgo asociados

La violencia de género es un problema que, hoy en día, invade casi todos los ámbitos de la sociedad de cualquier país del mundo. Las principales organizaciones internacionales (Amnistía Internacional, la Organización de Naciones Unidas -ONU-, y la OMS, entre otras), destacan que la violencia de género representa una violación grave de los derechos humanos, con un impacto que puede ser tanto inmediato como de largo alcance y que además de tener consecuencias negativas para las mujeres, también las tiene para su familia, la comunidad y el país, y que además conlleva elevados costes en la atención de la salud, en los servicios jurídicos y pérdida de productividad (ONU Mujeres, 2024). Por todo ello, se considera de primordial importancia acabar con las múltiples formas de la violencia de género y apostar mucho más por la prevención.

Pero la violencia de género no es un fenómeno nuevo, aunque el foco mediático de la actualidad nos haga creer que se trata de un tipo de violencia diferente al que durante décadas ha permanecido oculto en la esfera de lo privado, invisible para la sociedad y silenciado por la mayoría de las víctimas. Lo que sucede más bien es que su conceptualización ha ido evolucionando desde una forma más de discriminación a la mujer, hasta llegar a ser considerada como una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres (DGVG, 2024).

Las primeras definiciones que reconocen la violencia contra las mujeres basada en el género aparecen en diferentes textos internacionales. Así la Asamblea General de la ONU, en la Declaración sobre la eliminación de

la violencia contra la mujer, de 20 de diciembre de 1993, incluye en su artículo 1 lo que sería la primera definición oficial y que dice de forma literal,

[...] por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Más tarde, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, punto de inflexión para el tratamiento de la igualdad y la transversalidad de la perspectiva de género, se establece que:

[...] la violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad. La violencia contra la mujer se ve agravada por presiones sociales, como la vergüenza de denunciar ciertos actos; la falta de acceso de la mujer a información, asistencia letrada o protección jurídica; la falta de leyes que prohíban efectivamente la violencia contra la mujer; el hecho de que no se reformen las leyes vigentes; el hecho de que las autoridades públicas no pongan el suficiente empeño en difundir y hacer cumplir las leyes vigentes; y la falta de medios educacionales y de otro tipo para combatir las causas y consecuencias de la violencia. Las imágenes de violencia contra la mujer que aparecen en los medios de difusión, en particular las representaciones de la violación o la esclavitud sexual, así como la utilización de mujeres y niñas como objetos sexuales, y la pornografía, son factores que contribuyen a que se perpetúe esa violencia, que perjudica a la comunidad en general, y en particular a los niños y los jóvenes.

En España, atendiendo a las recomendaciones internacionales en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce contra las mujeres, se aprueba la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, donde, en su exposición de motivos y en el artículo 1, aclara que:

la violencia de género trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. [...] violencia que, como manifestación de la discriminación, las situaciones de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares a la afectividad, aun sin convivencia. [...] comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Como ya se mencionaba en la introducción, sin entrar en el debate del término más adecuado para nombrar la violencia contra las mujeres dentro de la pareja, en el ámbito de esta tesis doctoral se ha optado por la denominación *violencia de género*, en consonancia con la legislación española y por tener ésta características que la diferencian de otros tipos de violencia que se dan en el espacio doméstico (violencia doméstica) o en el contexto de las relaciones familiares (violencia familiar o violencia intrafamiliar).

Un debate similar, en el que tampoco se va a entrar, hace referencia a las diferentes tipologías, dimensiones o manifestaciones de la violencia de género. En línea con las clasificaciones más ampliamente aceptadas, Torres (2004) establece diversos tipos de violencia que suelen coexistir o presentarse de forma sucesiva cuando las relaciones de pareja se caracterizan por el deseo de dominación del hombre sobre la mujer:

- a) *Violencia física*: incluye una amplia gama de manifestaciones que dejan huella en el cuerpo, aunque ésta no sea visible, y va minando la salud de las víctimas de forma paulatina pero constante. Por lo general, este tipo de violencia suele ir aumentando en intensidad y frecuencia con el tiempo.
- b) *Violencia psicológica*: se presenta siempre que hay una violencia física, sexual o económica, aunque también puede aparecer de forma aislada. Abarca manifestaciones diversas como insultos, ofensas, gritos, manipulación, chantaje, control, aislamiento, etc. Va dirigida directamente a minar la autoestima de la víctima, buscando generar en ella un sentimiento de inseguridad y de escasa valía personal. En muchas ocasiones, las mujeres que la sufren son incapaces de reconocer o de poner en palabras aquello que les está pasando.
- c) *Violencia sexual*: se da cuando se impone a la mujer una relación sexual contra su voluntad. Aunque es una forma frecuente de sometimiento y control dentro de una relación de pareja, se desconoce la envergadura real de este tipo de violencia por la escasez de denuncias presentadas y porque se ha naturalizado dentro de una relación sentimental. Siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas y con frecuencia va acompañada de violencia física.
- d) *Violencia económica*: implica la disposición y el manejo abusivo del dinero y los bienes materiales. Consiste, normalmente, en no dar dinero o darlo en cantidades pequeñas, forzar que la mujer tenga que pedir dinero y rechazar su petición, etc. Esta situación de dependencia económica aumenta la vulnerabilidad de la mujer, la hace más proclive a otras formas de violencia, acentúa su aislamiento y le impide tomar decisiones concretas para salir de la situación de maltrato.

En la actualidad, el mal uso de los avances tecnológicos asociados a los medios digitales obliga a incluir en esta clasificación otro tipo de violencia de género como es la **ciberviolencia**. Realmente no se trata de una manifestación nueva de la violencia contra las mujeres, lo que resulta novedoso es el medio donde se ejerce y el enorme alcance que puede llegar a tener. Aunque este campo la investigación es todavía emergente, algunos estudios revelan que la violencia de género “online” puede replicar las mismas desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres que sustentan la violencia de género “offline”. En este sentido, los espacios en línea podrían estar favoreciendo la aparición de nuevos delitos y la normalización de los abusos (Mogensen y Rand, 2020), la modernización de la violencia psicológica contra las mujeres en formas de ciberacoso y ciberagresión, aunque éstas se mantengan por actitudes sexistas tradicionales (Martínez-Pecino y Durán, 2019; Rodríguez-Domínguez et al., 2018), la aceptación y normalización de conductas de control entre los jóvenes (Sánchez-Hernández et al., 2020) y, además, que entre los “observadores pasivos” en los medios digitales exista una menor concienciación o una mayor permisividad respecto a los límites de lo que constituyen actos de violencia de género (Aranda et al., 2022)

Como vemos, las expresiones de la violencia de género son múltiples, tienen un origen multicausal y existen factores de riesgo específicos muy diversos que facilitan la ocurrencia de este tipo de violencia contra las mujeres (Pueyo y Redondo, 2007). Diversas corrientes teóricas han tratado de explicar, con mayor o menor precisión, las circunstancias que pueden originar, precipitar y mantener las expresiones de este fenómeno tan complejo. Los principales enfoques se centran en factores socio-culturales asociados con las relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres (perspectiva de género o enfoque feminista), en la interacción disfuncional dentro de la pareja

(enfoque sistémico), en la violencia como conducta aprendida y el aprendizaje de alternativas más adaptadas (enfoque cognitivo-conductual), en rasgos de personalidad y factores individuales (perspectiva de la violencia) o en la asociación de factores personales, situacionales y socioculturales (enfoque ecológico), siendo ésta una propuesta más integradora (López-Ossorio et al., 2018). Entre los modelos teóricos que han recibido mayor atención destaca el *modelo ecológico*, utilizado por diferentes autores para explicar el carácter multifacético de la violencia de género (Bowen, 2011; Dutton, 1995a; Heise, 1998) y que tiene su origen en la perspectiva ideada por Bronfenbrenner (1987), para explicar la conducta como resultado de la interacción de los rasgos de personalidad y las habilidades de la persona (componente ontogenético) con el ambiente (componente social; Monreal-Gimeno et al., 2014). Este modelo anidado (habitualmente se representa de forma gráfica en círculos concéntricos) ha servido de referencia en diferentes estudios y meta-análisis para analizar los factores de riesgo asociados a la violencia de género (Gracia-Leiva et al., 2019; Monreal-Gimeno et al., 2014; Puente-Martínez et al., 2015; Ruddle et al., 2017; Stith et al., 2004; Uthman et al., 2010; Vacacela y Mideros, 2022) y ha sido adoptado por organismos internacionales como la OMS para explicar que las variables que contribuyen a la violencia que se ejerce contra las mujeres se sitúan en varios niveles interconectados entre sí: el macrosistema o sistema social, el exosistema o sistema comunitario, el microsistema o entorno cercano y el nivel ontogenético o individual. El macrosistema representa el contexto cultural, donde se agrupan factores de riesgo de la violencia de género como la falta de poder de las mujeres, la existencia de leyes discriminatorias para la mujer (en asuntos de la propiedad, el matrimonio, el divorcio y la custodia de los hijos), bajos niveles de empleo y educación en la mujer, la ausencia o falta de aplicación de leyes en materia de violencia contra las mujeres, y la

discriminación de género en las instituciones. El exosistema comprende estructuras como la vecindad, el ámbito laboral, las redes sociales, la escuela, la falta de respuesta de las instituciones y el papel de los medios de comunicación al presentar modelos violentos. En este nivel comunitario destacan las normas de género nocivas que perpetúan los privilegios masculinos y limitan la autonomía de la mujer, los altos niveles de pobreza y desempleo, las altas tasas de violencia y delincuencia, y fácil acceso a drogas, alcohol y armas. El microsistema representa el contexto inmediato donde ocurre el abuso o la violencia y en él se incluyen factores de riesgo como los altos niveles de desigualdad en las relaciones (habitualmente controladas por el hombre), la dependencia de la pareja, los cambios frecuentes de pareja sexual por parte del hombre, el uso nocivo de drogas y alcohol. Finalmente, entre los factores relacionados con las historias de desarrollo individuales se señalan el haber sufrido violencia en la infancia o la exposición a la violencia en la familia, los trastornos mentales y las actitudes que condonan o justifican la violencia como comportamiento normal o aceptable (OMS, 2019).

Es conveniente resaltar que el estudio y análisis de los factores de riesgo asociados a la violencia de género es una tarea muy complicada. Como señalan diferentes autores (Bermúdez y Meléndez-Domínguez, 2020; Gracia et al., 2019; Gracia y Merlo, 2016; Gracia-Leiva et al., 2019; Puente-Martínez et al., 2015; Wemrell et al., 2019), al número y heterogeneidad de variables que se han señalado hay que añadir que los distintos niveles o sistemas en los que se sitúan estos factores de riesgo están implicados entre sí, que muchos pueden actuar como factores causales, mantenedores, moduladores o precipitantes de este tipo de violencia, que algunos de ellos pueden ser considerados también como consecuencias de la propia violencia, y que además, se suelen dar paradojas o situaciones contradictorias que reflejan la

dificultad para interpretarlos y conocer en qué medida influyen en la ocurrencia de los episodios de violencia de género.

Los factores de riesgo que hemos analizado en esta tesis doctoral (disposición para perdonar, manejo de la empatía, los pensamientos distorsionados acerca de la figura del maltratador y la carencia de habilidades para gestionar las emociones en los agresores), tienen que ver factores individuales que interseccionan con elementos socioculturales relacionados con las víctimas y con los perpetradores. Respecto a las primeras, estas variables podrían ofrecer una explicación acerca de algunos factores que podrían aumentar el riesgo y la vulnerabilidad; mientras que, desde la perspectiva de los maltratadores, el estudio de las variables propuestas aportaría información acerca de factores psicológicos y emocionales precipitantes de la violencia. Además, estos factores se relacionan con alguno de los contenidos que se trabajan en los diferentes programas de intervención en este ámbito. En definitiva, tratamos de facilitar instrumentos que permitan a los profesionales obtener una medida más precisa de estos factores de riesgo, detectar si estas variables influyen en que las personas sean más vulnerables y ajustar las propuestas terapéuticas para transformarlos en factores de protección.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 2. La disposición a perdonar como factor de vulnerabilidad

En las últimas décadas, el perdón viene siendo considerado como un elemento clave en la calidad de las relaciones personales y que está relacionado con potenciales beneficios para la salud (física y emocional) y la satisfacción vital de las personas (Aranda et al., 2017; Barcaccia et al., 2018; Cheadle y Toussaint, 2015; Fincham et al., 2015; Gismero-Gonzalez et al., 2019; Griffin et al., 2015; Lee y Enright, 2019; Thompson et al., 2005; Toussaint et al., 2016). Además, ocupa un lugar destacado en la psicología clínica actual y, específicamente, en las intervenciones terapéuticas, al adquirir una función de protección que trata de minimizar el impacto de la experiencia sufrida y restaurar el bienestar de la persona dañada (Haroon et al., 2021; Ho et al., 2024; Long et al., 2020; Prieto-Ursúa et al., 2012; Wade et al., 2014; Wade y Tittler, 2020; Yu et al., 2021). Sin embargo, el perdón es un constructo que no está exento de polémica en relación a diferentes aspectos como su definición, los modelos teóricos que tratan de explicarlo, el supuesto beneficio para la persona que perdona, y si debe implicar o no reconciliación con el ofensor (Beltrán-Morillas et al., 2015; Guzmán, 2010; Prieto-Ursúa et al., 2012; Strelan y Covic, 2006).

En torno al concepto de perdón, la propuesta de Lawler-Row et al. (2007) recoge la mayoría de aspectos sobre los que existe un amplio consenso. Para estos autores el perdón puede entenderse teniendo en cuenta tres dimensiones: el tipo de respuesta, la dirección del cambio y la orientación. El tipo de respuesta admite tres niveles, según los cuales el perdón puede ser experimentado como una conducta (e.g., reconciliación), una emoción (e.g., dejar ir los malos sentimientos), o un pensamiento que

puede ser específico (e.g., sobre el hecho o el ofensor) o una actitud general (e.g., creer que nadie es perfecto). La segunda dimensión describe la dirección del cambio, que puede enfocarse hacia el abandono o reducción de las respuestas negativas (*dimensión negativa* del perdón), hacia la búsqueda de respuestas positivas (*dimensión positiva* del perdón) o hacia ambas. Finalmente, la orientación presenta dos niveles, el nivel *intrapersonal* (centrado en sí mismo) y el nivel *interpersonal* (centrado en el otro). Esta propuesta defiende que el perdón es un constructo multidimensional y complejo, en el que pueden experimentarse múltiples combinaciones de respuesta (Prieto-Ursúa et al., 2012).

Como reflejada esta concepción multidimensional del perdón, son muchos los factores que influyen en el proceso de perdonar y las circunstancias que deberían tenerse en cuenta para promoverlo como herramienta terapéutica. Entre los factores que han sido objeto de estudio se incluyen el tipo de ofensa (Fincham et al., 2005; Rye y Pargament, 2002), las características del ofensor (Bachman y Guerrero, 2006; McCullough et al., 1997; Wade y Worthington, 2003), rasgos de personalidad de la persona ofendida (Berry et al.; Hall y Fincham, 2006; Lawler-Row et al., 2006), variables sociodemográficas como el sexo, la edad, la existencia de hijos o el estilo de apego (Burnette et al., 2009; Miller et al., 2008; Orathinkal et al., 2008), la relación entre ofensor y ofendido (Allemand et al., 2007; McCullough et al., 1998; Tsang et al., 2006), y la función del perdón para mantener la satisfacción con la pareja (Fincham et al., 2007; Gordon et al., 2009; Karremans y Van Lange, 2009). En estudios más recientes, las variables de estudio han sido la severidad de la transgresión, la empatía, la dependencia emocional, la distancia social y la satisfacción marital entre otras (Beltrán-Morillas et al., 2015; Beltrán-Morillas et al., 2017; Fahimadanesh et al., 2020; Pelucchi et al.,

2013; Witvliet et al., 2014). A pesar del creciente interés por el estudio de los factores asociados a este constructo, son todavía escasas las investigaciones que focalizan su trabajo en analizar las variables que pueden influir en que la disposición a perdonar pueda convertirse en un factor de vulnerabilidad o un factor de protección para la persona dañada, como ocurre claramente en los casos de violencia de género (Vázquez et al., 2017), y las consecuencias que estos aspectos pueden tener en los procesos de intervención terapéutica.

Otro aspecto en torno al perdón en el que existe consenso es su tipología. De esta manera, se distingue entre el perdón como una respuesta concreta o estado, y el perdón como una característica o rasgo de personalidad (McCullough & Witvliet, 2002). Dentro del perdón entendido como estado, se puede diferenciar entre el perdón episódico y diádico. El *perdón episódico*, se refiere al perdón de una ofensa en particular y se entiende como una respuesta a una acción concreta (McCullough et al., 1997; Paleari et al., 2009). El *perdón diádico* es entendido como la disposición a perdonar dentro de una relación específica, es decir, se conceptualiza como una cualidad de una unidad social en particular (Kachadourian et al., 2004). De esta forma, puede haber unidades sociales, como una pareja o una familia, en las que el perdón es más probable que en otras relaciones. Finalmente, el *perdón disposicional* es entendido como un rasgo de personalidad que alude a la tendencia general a perdonar, estable en el tiempo y a través de diferentes situaciones (Berry et al., 2001; Thompson et al., 2005).

Esta distinción entre los diferentes tipos de perdón está relacionada con la clasificación de instrumentos que se han utilizado para medir este constructo. Entre los que evalúan el perdón episódico destaca el *Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory* (TRIM-12; McCullough et al., 1998) por ser uno de los más utilizados, su brevedad y

buenas propiedades psicométricas. Esta escala fue diseñada con el objetivo de evaluar dos dimensiones del perdón, la motivación a evitar al ofensor (subescala TRIM-A, compuesta por 7 ítems) y la motivación para buscar venganza (subescala TRIM-R, de 5 ítems). El TRIM-12 tiene niveles adecuados de consistencia interna ($\alpha = .86$ para la escala de evitación y $\alpha = .90$ para la escala de venganza) y evidencia de una apropiada validez de constructo (McCullough, 2001). Posteriormente, se añadió al instrumento la dimensión de benevolencia, dando lugar a una nueva versión, el TRIM-18 (McCullough et al., 2006). Esta escala ha sido validada en el contexto chileno por Guzmán et al. (2014), mostrando índices adecuados de consistencia interna, un buen ajuste a la estructura factorial tridimensional y asociaciones con el perdón global auto-informado, la satisfacción en la relación y el ajuste socioemocional; también ha sido explorada en el contexto español por Fernández-Capo et al. (2017), presentando evidencias de fiabilidad y validez de constructo a partir de las correlaciones con el ítem único de medida de perdón y con empatía, ira, cercanía con el ofensor y tipo de relación. En este grupo, una escala que fue diseñada y validada en el contexto mexicano es la *Escala del Perdón* (Vargas-Núñez y Pozos-Gutiérrez, 2005). La escala está formada por 43 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 1 a 5 (1 = totalmente en desacuerdo, y 5 = totalmente de acuerdo), que se agrupan en 12 factores: dolor y remordimiento, reconciliación, perdonar y paz, poner fin a un problema y continuar la vida, perdón es una virtud, perdonar por obligación religiosa, no perdonar, olvidar la ofensa, perdonar y alejarse del ofensor, autculpa de la ofensa, tranquilidad del perdón y perdón condicional. Esta escala, cuyo uso ha sido bastante limitado, presentó indicadores de fiabilidad moderados desde su origen (entre $\alpha = .85$ y $\alpha = .50$), no se han replicado los factores originales con el empleo de muestras diferentes, y entre los ítems utilizados se mezcla la perspectiva de la persona que perdona y la

del transgresor (Rosales-Sarabia et al., 2017). Otras escalas que pretenden medir el perdón episódico son el *Enright Forgiveness Inventory* (EFI-30; versión reducida de la escala original de Enright et al., 2021), la *Forgiveness Scale* (FS) y la *Forgiveness Likelihood Scale* (FLS), ambas de Rye et al., (2001), la *State Forgiveness Measure* (Brown y Phillips, 2005), la *Decisional Forgiveness Scale* (DFS) y la *Emotional Forgiveness Scale* (EFS), ambas de Worthington et al. (2007). Algunas de ellas también han sido validadas al español: la FLS (Rye et al., 2001) ha sido evaluada en el contexto argentino (Menghi et al., 2017) y en el contexto peruano (Caycho-Rodríguez et al., 2018), presentando ambas versiones de la escala evidencias psicométricas adecuadas; y la EFI-30 (Enright et al., 2021), ha sido validada en el contexto español (Kasprzak et al., 2023; Fariña et al., 2023), mostrando un buen ajuste a la estructura original y adecuados índices de fiabilidad y validez.

Entre las escalas que miden el perdón diádico encontramos la *Interpersonal Resolution Scale* (IRRS; Hargrave y Sells, 1997), compuesta por 44 ítems de respuesta dicotómica, divididos en dos escalas (perdón y dolor), que evalúan en qué medida se ha perdonado a una persona dentro de una relación específica, que normalmente suele ser un miembro de la familia con quien se ha tenido una relación conflictiva. El instrumento muestra una adecuada validez de constructo, demostrada por su correlación con otros aspectos propios del funcionamiento familiar (e.g., autoridad personal e intimidación intergeneracional) en una muestra de población normal ($p < .01$). En términos de validez predictiva, la escala discrimina entre una muestra clínica y una no clínica que haya experimentado algún tipo de transgresión en su familia, mostrando las personas de la muestra clínica niveles significativamente más bajos de perdón que las personas de la muestra no clínica ($p < .01$). Los índices de consistencia interna son de un $\alpha = .92$ para la

subescala perdón y de un $\alpha = .95$ para la subescala dolor. Otras escalas que miden el perdón diádico son la *Marital Forgiveness Scale* (MFS; Fincham y Beach, 2002), la *Marital Offence-Specific Forgiveness Scale* (MOFS; Paleari et al., 2009), el *Cuestionario de Perdón en Divorcio-Separación* (CPD-S; Yárnoz-Yaben y Comino, 2012), la *Escala del Perdón en la Relación de Pareja* (Rosales-Sarabia, 2013), y la *Escala del Resentimiento hacia la Pareja* (Rosales-Sarabia et al., 2018). El CPD-S (Yárnoz-Yaben y Comino, 2012) es un instrumento creado y validado en el contexto español para medir la influencia del perdón en la adaptación a los procesos de divorcio y separación entre progenitores; compuesto por 5 ítems (escala Likert con cinco alternativas de respuesta), distribuidos en un único factor que explica el 48% de la varianza total, y con buena consistencia interna ($\alpha = .77$) y adecuada validez de constructo, calculada mediante su comparación con medidas de adaptación al divorcio, satisfacción vital y ejercicio de la coparentalidad para los progenitores, y con medidas de problemas de conducta para los hijos. La Escala del Perdón en la Relación de Pareja (Rosales-Sarabia, 2013), creada y validada en origen en el contexto mexicano, ha tenido varias revisiones, pasando de la estructura original de dos factores (perdón genuino y resentimiento) y 15 ítems (tipo Likert de cinco alternativas), a una versión actualizada (Rosales-Sarabia et al., 2017) que mantiene la estructura bifactorial (dimensiones positiva y negativa), reduce los ítems a 12, y muestra índices de fiabilidad moderados pero aceptables ($\alpha = .76$). Sin embargo, en un estudio más reciente estos autores diseñan una nueva escala (*Escala del Perdón hacia la Pareja*; Rosales-Sarabia et al., 2018), con cambios sustanciales, mostrando una estructura de cinco factores (afecto positivo, benevolencia, cognición positiva, compasión y comportamiento positivo) y 32 ítems, con una consistencia interna mayor ($\alpha = .95$) e índices de validez adecuados. Con este instrumento, los autores tratan de enfatizar la importancia de evaluar la dimensión positiva del perdón y el

resentimiento de manera independiente. Esta nueva versión de la escala ha sido validada, en una muestra de mujeres, en el contexto peruano (Arias Gallegos et al., 2023), confirmando la estructura de cinco factores y óptimos índices de fiabilidad y validez de constructo. Finalmente, la Escala del Resentimiento hacia la Pareja (Rosales-Sarabia et al., 2018), ha sido creada y validada en el contexto mexicano, con intención de medir la dimensión negativa del perdón (el resentimiento) de forma directa e independiente, y complementar la medición de la Escala del Perdón hacia la Pareja, diseñada en el mismo estudio. Esta escala está compuesta por 21 ítems, agrupados en cuatro factores (cognición negativa, afecto negativo, evitación y venganza), y muestra índices adecuados de consistencia interna ($\alpha = .94$) y validez de constructo.

Finalmente, entre los instrumentos que miden el perdón disposicional (global o general) destacamos la *Heartland Forgiveness Scale* (HFS, Thompson et al., 2005), que consta de 18 ítems, distribuidos en tres subescalas que evalúan la disposición a perdonarse a uno mismo (e.g., “el poder aprender de mis errores me ayuda a superarlos”), a los demás (e.g., “cuando alguien me decepciona, con frecuencia puedo pasar página”) y a situaciones que escapan del control individual (e.g., “con el tiempo soy capaz de comprender las circunstancias”). El tipo de respuesta es tipo Likert de 7 puntos, indicando las puntuaciones más altas una mayor tendencia a perdonar. El instrumento muestra una adecuada validez de constructo al correlacionarse directamente con la salud y la satisfacción vital. La fiabilidad de esta escala se sitúa para su valor total entre un $\alpha = .84$ y un $\alpha = .87$. Respecto a las subescalas la fiabilidad oscila entre un $\alpha = .72$ y un $\alpha = .76$ para el perdón a uno mismo, entre un $\alpha = .78$ y un $\alpha = .81$ para el perdón a otros, y entre un $\alpha = .77$ y un $\alpha = .82$ para el perdón a las situaciones. Esta escala ha sido validada en el contexto argentino,

español y chileno. La versión argentina es la *Escala de Capacidad de Perdón* (CAPER; Casullo y Fernandez-Liporacce, 2005), primera traducción al español que añade 2 ítems y una cuarta dimensión (creencias o atribuciones sobre el perdón) a la HFS original, y cuya fiabilidad ha sido cuestionada por mostrar índices de consistencia interna inadecuados (entre un $\alpha = .72$ y un $\alpha = .40$). En algunos estudios posteriores de la CAPER, los índices de fiabilidad fueron aceptables pero bajos (por debajo de un $\alpha = .70$) y la estructura factorial que se obtuvo fue la misma (Arias Gallegos y Velázquez Ramos, 2022) o unidimensional (Rosales-Sarabia et al., 2017). La versión española de la HFS (Gallo-Giunzioni et al., 2021), ha reducido la escala a 8 ítems (el 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13 y 15, todos ellos de redacción negativa), pero manteniendo un buen ajuste a la estructura factorial de tres dimensiones original, y mostrando una consistencia interna aceptable (medido por el índice de fiabilidad compuesta CR, de 0.78, 0.87 y 0.62 para cada factor de la escala) e índices adecuados de validez convergente, discriminante y de criterio. Finalmente, la versión chilena de la HFS (Guzmán-González et al., 2021) muestra una estructura de seis factores, al subdividir los tres de la escala original en dimensiones positivas y negativas, que refleja el mejor ajuste del modelo entre las soluciones examinadas y se identifican asociaciones significativas con perdón episódico, salud mental y satisfacción con la vida. Otra escala interesante, por su originalidad, brevedad y relativa neutralidad teórica es el *Transgression Narrative Test of Forgiveness* (TNTF; Berry et al., 2001). Este instrumento plantea que la persona se imagine en cinco escenarios diferentes en los que alguien le esté haciendo daño (e.g., plagio de compañeros, niñera desatenta que pone en peligro al niño que cuida, chismes de compañeros de trabajo) y evalúe la probabilidad de perdonar la situación descrita. A través del desarrollo de cinco estudios sus autores encontraron que las personas que no estaban dispuestas a perdonar eran más propensas a experimentar

emociones negativas y una correlación positiva entre la disposición a perdonar y la amabilidad. Los índices de consistencia interna del instrumento oscilaron entre un $\alpha = .73$ y $\alpha = .81$. Otras escalas que miden el perdón como un rasgo de personalidad o una tendencia estable en el tiempo y las situaciones son la *Trait Forgiveness Scale* (TFS; Berry et al., 2005), la *Forgiving Personality Scale* (FP; Kamat, et al., 2006) y la *Escala de Perdón* (VAPPER 490; Aranda et al., 2014). Esta última escala fue creada y validada en el contexto peruano, tomando como modelo escalas que miden el perdón disposicional (HFS y CAPER) y el perdón diádico (el IRRS); constituida por 42 ítems, los cuales se agruparon en una estructura con los tres factores teóricos habituales (perdón a sí mismo, a otros y a las situaciones) y con evidencias de buena consistencia interna ($\alpha = .88$ para la escala global, y $\alpha = .76$, $\alpha = .84$ y $\alpha = .63$ para los diferentes factores) y validez de constructo.

Además, dentro de este grupo instrumentos que tratan de medir el perdón como característica estable de la personalidad, desde nuestro grupo de investigación y a modo de estudio piloto, se construyó y validó la *Escala de Actitud para Perdonar* (EAP; Mora-Pelegrín et al., 2017). Esta escala tuvo como referencia los modelos de Lawler-Row et al. (2007) y de Thompson et al. (2005), con el objetivo de medir todas las dimensiones y tipos de respuesta que integran este constructo. El resultado fue una escala de 11 ítems, que se agrupaban en dos factores (el factor “perdón a las situaciones” no aparecía), 9 ítems en el factor “perdón hacia uno mismo” y 2 en el factor “perdón hacia el otro” y cuyos índices de fiabilidad fueron de $\alpha = .82$ para la escala en su conjunto, y de $\alpha = .84$ y $\alpha = .50$ para los respectivos factores. Así mismo, la escala EAP mostró una relación predictiva con la escala de perdón HFS y la escala de Satisfacción Marital de Kansas (KMS; Schumm et al., 1983. Validada al español por Montes-Berges, 2009). Aunque la escala fue diseñada para

medir la capacidad de perdonar en población española, en el contexto de este trabajo de investigación, la pretensión fue que pudiera ser aplicada a mujeres víctimas de violencia de género y facilitar una herramienta nueva a los profesionales que intervienen con personas que han sido ofendidas o dañadas por otros.

El estudio y medición del perdón en el ámbito de la violencia de género permitirá profundizar en el análisis de los factores de riesgo asociados a este fenómeno, examinar la relación que existe entre el perdón y otras variables (e.g., culpa, vergüenza, miedo y satisfacción marital), y superar las lagunas existentes en la intervención terapéutica. Sentimientos como la culpa, la vergüenza y el miedo generan malestar y confusión, debilitan a la víctima en su autoestima y la hacen vulnerable, e impiden la acción y pueden mantener a la mujer en la situación de maltrato (Etxebarria et al., 2009; Moral et al., 2011; Valor-Segura et al., 2010). Además, todas estas emociones pueden promover en la víctima la necesidad de reparación, la reinterpretación de lo sucedido y el perdón de la agresión sufrida (Sheikh y Janoff-Bulman, 2010; Valor-Segura et al., 2014; Valor-Segura et al., 2014). Por otro lado, el perdón también puede estar asociado a la satisfacción, aunque también a volver con la pareja violenta (Cáceres y Cáceres, 2006; Puente-Martínez et al., 2015; Vázquez et al., 2017). Respecto a la intervención terapéutica con víctimas de violencia de género, la medición del perdón facilitará propuestas más ajustadas y orientadas a promover en las mujeres que aprendan a perdonarse a ellas mismas, gestionen mejor el perdón hacia el agresor, no se sientan responsables de las situaciones adversas de su entorno, y puedan “pasar página” para recuperar con el control de sus vidas.

En términos generales, la proliferación de instrumentos para medir el perdón ha podido influir de forma negativa en su utilización, puesto que son

pocos los que presentan características psicométricas rigurosas y han sido utilizados más allá de los estudios para los que fueron creados. Sin embargo, y a pesar de su importancia en el ámbito de la investigación y de la intervención clínica, los instrumentos de medida del perdón que se encuentran disponibles en español son todavía escasos (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Fernández-Capo et al., 2017; Guzmán et al., 2014; Kasprzak et al., 2023; Menghi et al., 2017; Rosales-Sarabia et al., 2017). Además, su validación y uso está poco extendido en muestras clínicas, en parejas tanto satisfechas como con problemas en la relación, y donde se evalúe la disposición para perdonar en situaciones específicas como en los casos de separación y divorcio (Yárnoz-Yaben y Comino, 2012) o en el ámbito de la violencia de género. En este sentido, y teniendo en cuenta la influencia del contexto cultural en la actitud para perdonar y en las emociones que se experimentan (Lin et al., 2014), creemos de vital importancia disponer de instrumentos que permitan medir el perdón en población hispano-hablante, creados con la intención de recoger la idiosincrasia de esta cultura y que no sean una mera validación de las escalas existentes de origen anglosajón. Finalmente, que estos instrumentos puedan ser aplicados en mujeres que han sido víctimas de agresiones machistas por parte de sus parejas, ayudará a conocer mejor el fenómeno de la violencia de género, facilitará el desarrollo de estrategias terapéuticas más ajustadas y evitará, de esta forma, que la capacidad de perdonar de estas mujeres se convierta en un factor de vulnerabilidad (y de riesgo) que dificulte poder escapar de la situación de maltrato.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 3. La empatía y su manejo como factor de protección

La empatía es otro de los factores asociados a la violencia de género y uno de los conceptos más estudiados en la literatura centrada en la intervención terapéutica de las últimas décadas. En este contexto, se ha señalado la importancia de esta habilidad interpersonal en las relaciones terapéuticas y la calidad de la atención, en el bienestar y agotamiento de los profesionales, y en la necesidad de mantener un equilibrio entre poseer una capacidad elevada para empatizar con los demás y saber manejarla de forma adecuada (Acinas, 2012; Alecsiuk, 2015; Delgado et al., 2021; Martínez et al., 2015; McKinnon et al., 2018; Salgado, 2015; Sansó et al., 2019; Vidal y Benito, 2012; Yuguero et al., 2018). En los casos de violencia de género, la falta de distanciamiento de las emociones del agresor por parte de la víctima la podrían dejar en una posición de vulnerabilidad que dificultaría el poder escapar de la situación de maltrato (Montes-Berges y Aranda, 2017).

Desde su origen, la conceptualización de este constructo ha suscitado un fuerte debate teórico entre las diversas corrientes que lo han abordado, generando una falta de consenso y de coherencia conceptual en diferentes campos (Auné et al., 2015; Decety, 2020; Fernández-Pinto et al., 2008; Hong y Han, 2020). Como veremos más adelante, esta diversidad de enfoques ha propiciado la elaboración de instrumentos de medida de diferente índole.

La propuesta teórica de Davis (1980), con gran alcance científico, trata de integrar la visión cognitiva de la empatía (ponerse mentalmente en el lugar del otro) y la visión afectiva o emocional (sentir la emoción como si fuera propia), estableciendo un modelo multidimensional de la empatía, que incluye cuatro componentes relacionados entre sí. Dentro de la dimensión

cognitiva distingue dos factores: *toma de perspectiva*, que implica tratar de comprender la situación emocional de otros y *fantasía*, que indica la tendencia cognitiva de representarse en la situación de otros. Respecto a la dimensión emocional propone dos factores más: *preocupación empática*, descrita como sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otras personas (sentimientos orientados al otro) y *distrés* o *malestar personal*, que refleja la ansiedad y malestar que se experimentan al observar las vivencias negativas de los demás (sentimientos orientados a la propia persona; Davis, 1983; Mestre et al., 2004). Algunas décadas antes, Reik (1949) establecía una serie de fases en lo que denominaba “proceso empático”, que en su conjunto eran necesarias para el manejo óptimo de la empatía: a) *identificación* o pérdida de la conciencia del yo a través de la captación y experimentación de las vivencias de otra persona, a través de la información que nos transmite su lenguaje verbal y no verbal; b) *incorporación* del otro en nuestro interior y asunción de sus experiencias como propias; c) *reverberación*, supone conocer el significado de lo que estamos sintiendo, para lo cual nuestro mundo interior comienza a interactuar, de un modo inconsciente, con los sentimientos interiorizados del otro, y al contrastarlo con la vivencia del momento empezamos a inferir que las emociones que nos envuelven no provienen de nosotros; y d) *separación*, implica que una vez realizado todo el proceso anterior, nos separamos de las emociones interiorizadas y, de manera racional y consciente, ganamos distancia para poder realizar un análisis objetivo y responder de forma adecuada. Como señala Repetto (1977, 2009), en el análisis que realiza de esta concepción de la empatía, la identificación es la fase fundamental en la secuencia completa del proceso empático, puesto que hace referencia a la habilidad de entender los sentimientos del otro y adoptar su perspectiva para poder predecir lo que piensa o siente. En esta fase, cada persona es capaz de

captar las emociones de los demás con diferente intensidad y con la necesidad de disponer de más o menos información previa. En la fase de incorporación, que a veces resulta difícil distinguirla de la fase anterior, no sólo entendemos lo que la otra persona siente, sino que sentimos su experiencia “como si fuera nuestra”. En este momento la persona empática puede llegar a contagiarse de los sentimientos de los demás, quedar anclada en la situación y experimentarla como si fuera protagonista de la misma. A modo de ejemplo, un terapeuta que tenga la habilidad de identificación podrá entender mejor los sentimientos del otro, predecir lo que siente y obtener un diagnóstico real de la situación de la persona a la que trata de ayudar. Sin embargo, en la fase de incorporación el profesional puede llegar a perder su espacio propio de identidad, confundir las emociones ajenas con las propias, implicarse demasiado y, en definitiva, dar una respuesta inadecuada o poco efectiva. En la fase de reverberación el terapeuta vibrará emocionalmente como a dos ritmos al mismo tiempo, verá reflejadas sus propias emociones, pero las distinguirá de las que siente la otra persona, no quedará absorbido por la sobrecarga emocional de la nueva situación, y podrá centrarse en buscar una respuesta objetiva, focalizada en los sentimientos del otro y que alivie el malestar del paciente. La culminación del proceso empático con la fase de separación permitirá al profesional construir un vínculo terapéutico saludable, mantener un equilibrio entre compartir el estado emocional del paciente y distanciarse lo suficiente para evitar su propia sobrecarga, y obtener así un diagnóstico correcto que posibilite una intervención adecuada.

A partir de los años 90, en gran cantidad de trabajos teóricos y empíricos, la competencia emocional necesaria en la interacción con otras personas se ha abordado desde la perspectiva de la *inteligencia emocional* (Salovey y Mayer, 1990). El modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey

(1997) plantea que la inteligencia emocional está formada por un conjunto de habilidades cognitivas relacionadas con: a) percibir y expresar emociones de forma precisa; b) usar la emoción para facilitar el pensamiento; c) comprender las emociones y; d) regular las emociones para el crecimiento emocional e intelectual. En este sentido, la empatía formaría parte del constructo de la Inteligencia Emocional como la capacidad de entender las emociones de otros y manejar las propias, usando esa conexión de manera prosocial (Muñoz y Chaves, 2013). Diversos trabajos señalan que las mujeres puntúan más alto que los hombres en las pruebas de inteligencia emocional, precisamente porque puntúan más alto en el componente empático (Candela et al., 2002; Cortés et al., 2000; Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2019; López et al., 2011; Valor-Segura et al., 2010).

Desde una perspectiva biológica, los avances de las neurociencias han permitido el desarrollo de la investigación en torno al funcionamiento cerebral en actividades específicas como el procesamiento emocional y el comportamiento empático. Una de las aportaciones, que más ha logrado popularidad e interés, es la que señala que los centros neuronales de la empatía están representados por las distintas zonas de localización y activación de las “neuronas espejo” (Decety, 2020; Fadiga et al., 1995; Iacoboni et al., 2005; Shamay-Tsoory et al., 2009). De esta forma existirían bases neuroanatómicas distintas para la empatía entendida como un sistema básico de contagio emocional y un sistema cognitivo más avanzado de toma de perspectiva. El giro frontal inferior y el sistema límbico, donde se concentrarían gran número de neuronas espejo, se relacionarían con la empatía emocional y el sistema parietofrontal lo haría con la empatía cognitiva y (De Waal et al., 2017; Decety, 2020; Shamay-Tsoory et al., 2009). Algunos estudios indican que la mayor empatía del género femenino se podría

explicar por una mayor actividad del sistema de neuronas espejo (Christov-Moore et al., 2014; Rocca et al., 2008; Takeuchi et al., 2013).

El modelo Psiconeurobiológico de empatía (Montes-Berges, 2011, 2014), se acerca a los factores descritos anteriormente y une tres elementos claves: a) la existencia de dos tipos de empatía, cognitiva y emocional, con centros neurológicos y circuitos neuronales bien definidos; b) la posibilidad de identificación de la persona con los sentimientos de otro como si fueran propios, derivada de los estudios sobre el proceso empático de Reik (1949); y c) la existencia de la empatía en un continuo unidimensional con dos extremos, que va desde la ausencia total de empatía (donde se localizarían las personas “ápatas”), hasta la manifestación total de empatía (donde se situarían las personas “émpatas”).

Esta amplia variedad de enfoques en torno a la empatía ha dado lugar a estudios y resultados muy dispares, y ha generado la elaboración de instrumentos de medida de distinta naturaleza (Hall et al., 2019; Olivera et al., 2011). La primera escala de cierta importancia, precursora de las escalas de empatía es la *Dymond Rating Test of Insight and Empathy* (Dymond, 1949). Esta escala fue diseñada para evaluar la capacidad de adoptar la perspectiva del otro (aspecto cognitivo de la empatía) y está compuesta por 24 ítems, repartidos en dos subescalas. El índice de consistencia interna que alcanzó fue adecuado ($\alpha = .82$). Dentro también de este enfoque cognitivo, unos años después, la escala más utilizada fue la *Hogan Empathy Scale* (HES; Hogan, 1969). Se trata de un instrumento de auto-evaluación compuesto por 64 ítems, distribuidos en cuatro subescalas: autoestima, temperamento, sensibilidad e inconformismo. La fiabilidad obtenida de la escala fue alta ($\alpha = .94$). El siguiente instrumento de medida de empatía que alcanzó importancia fue el *Questionnaire Measurement of Emotional Empathy* (QMEE; Mehrabian y

Epstein, 1972). Esta escala está diseñada desde el enfoque emocional y está compuesta por 33 ítems, dispuestos en ocho subescalas que evalúan dos dimensiones de la empatía: la ausencia de agresividad hacia el otro y la conducta de ayuda. Las propiedades psicométricas obtenidas fueron adecuadas ($\alpha = .84$), aunque existe una versión más actualizada de la escala, la *Balanced Emotional Empathy Scale* (BEES; Mehrabian, 1996), formada por 30 ítems y que mejoró el índice de consistencia interna ($\alpha = .87$).

La visión integradora de medición de la empatía está representada por el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980). Este cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados en investigación y está formado por 28 ítems que valoran los cuatro factores que forman la estructura descrita en el modelo multidimensional de la empatía. El formato de respuesta es de tipo Likert, con cinco opciones que se puntúan desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). El rango total de 0 a 112, significando una mayor capacidad empática, cuanto mayor es la puntuación de la escala. Los valores de empatía obtenidos con esta escala se correlacionan positivamente con la conducta prosocial y la inteligencia emocional, y de forma negativa con la conducta agresiva y con la inestabilidad emocional. Los índices de consistencia interna son de un $\alpha = .65$ para factor toma de perspectiva, de un $\alpha = .70$ para el factor fantasía, de un $\alpha = .65$ para el factor preocupación empática y de un $\alpha = .64$ para el factor distrés o malestar personal. Esta escala ha sido validada al español en varios estudios, obteniendo resultados similares (Mestre et al., 2004; Pérez-Albéniz et al., 2003). Dentro de esta perspectiva integradora, el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* (TECA; López-Pérez et al., 2008) es de los pocos instrumentos de medida de la empatía desarrollado en español originalmente. Este cuestionario consta de 33 ítems, divididos en cuatro subescalas: adopción de perspectivas, comprensión emocional, estrés

empático y alegría empática. La escala muestra valores psicométricos adecuados ($\alpha = .86$) y tiene una versión más breve, la *Vicarius Experience Scale* (VES; Oceja et al., 2009) que introduce como novedad la evaluación de la tendencia a experimentar una reacción emocional vicaria, congruente con la situación de otra persona. Esta versión simplificada requiere de la exposición previa a una situación estímulo. Añadir finalmente a este conjunto de instrumentos que miden las dos dimensiones de la empatía el *Cuestionario de Empatía Cognitiva y Afectiva* (QCAE; Reniers et al., 2011).

Los instrumentos descritos hasta aquí tratan de medir la empatía desde la perspectiva cognitiva o emocional o integrando ambas dimensiones. La *Escala de Personalidad Émpata* (EPE; Aranda et al., 2011) fue creada originalmente en español y pretende medir el punto en el que una persona se sitúa en el continuo unidimensional con dos extremos planteado en el modelo psiconeurobiológico de la empatía (Montes-Berges, 2011, 2014). Aunque también adopta un enfoque multidimensional, la escala mediría la capacidad de empatía que tiene una persona y, también en parte, la habilidad de manejar ciertos aspectos de la misma. Consta de cuatro subescalas relacionadas con la personalidad émpata y áyata, y una subescala que mide sinceridad. El número de ítems asciende a 30 y presenta una fiabilidad como escala total de $\alpha = .82$. La subescala *sinceridad* (ítems 1, 3, 6, 10, 12, 17 y 18) tiene como objetivo detectar si la persona falsea las respuestas o se deja llevar por la deseabilidad social (ej. “Nunca he llegado tarde al trabajo”). La subescala de *sentimientos* (ítems 2, 4, 5, 7, 9, 13, 14, 16 y 19) recoge tres importantes características de los émpatas. En primer lugar, su habilidad para detectar los sentimientos de los demás o identificación (ej. “Cuando estoy con otra persona capto sus sentimientos”); en segundo lugar, la introyección o capacidad de experimentar con la misma intensidad y claridad las emociones

que provienen de otros (ej. “Siento una alegría desmesurada cuando tengo cerca a una persona que se siente muy feliz”); y finalmente, la proyección de emociones a los demás (ej. “A menudo hay personas que estando conmigo se sienten reconfortadas”). La fiabilidad de este factor es de $\alpha = .81$. La subescala de *características ápatas* (ítems 15, 20, 22, 25, 26, 27, 28 y 30) describe algunas características de los ápatas como la imposibilidad o dificultad de sentir o experimentar las emociones de los demás (ej. “No me importa perjudicar a alguien si yo salgo beneficiado/a”). La fiabilidad de este factor es de $\alpha = .82$. La subescala de *separación o reverberación* (ítems 8, 11 y 23) hace referencia a la influencia de las emociones de los demás y la imposibilidad o dificultad que tienen las personas émpatas de separarse de ellas (ej. “Me resulta difícil separarme de los sentimientos de los demás”). La fiabilidad de este factor es de $\alpha = .67$. La subescala de *sencillez* (ítems 21, 24 y 29) hace referencia a la facilidad e intensidad con la que disfrutan los émpatas de la estimulación física y sensorial (ej. “Soy plenamente feliz oliendo cosas que me gustan”). La fiabilidad de este factor es de $\alpha = .60$.

A pesar de los numerosos instrumentos que existen para medir la empatía o algunas características relacionadas con el comportamiento empático, no disponemos de escalas que permitan evaluar de forma específica la habilidad que tienen las personas para la gestión o el manejo de su nivel de empatía. Como señalan Neuman et al. (2015), parecería necesario combinar varias medidas para proporcionar un enfoque integral de la evaluación de este constructo tan complejo, definir qué aspecto de la empatía se pretende evaluar y encontrar el instrumento más adecuado para ello. En este sentido, vemos justificada la creación de un instrumento novedoso que, desde una perspectiva multidimensional, posibilite la medición del manejo de la capacidad de empatizar y que incluya todas las fases del proceso empático

(identificación, incorporación, reverberación y separación) propuesto por Reik (1949) y revisado por Repetto (1977, 2009), que culminaría con la separación emocional necesaria para no vernos atrapados por las emociones de otros.

Aunque la aplicación práctica de esta escala estaría abierta a personas que pueden verse afectadas por la sobrecarga emocional de su entorno, tiene justificado su uso en la intervención dirigida a mujeres víctimas de violencia de género. Esta justificación se fundamenta en los numerosos estudios que ponen de manifiesto que la empatía tiene mayor prevalencia en el género femenino (Bora y Baysan, 2009; Christov-Moore et al., 2014; Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2019; López et al., 2011; Mestre et al., 2004; Schulte-Rüther et al., 2008; Takeuchi et al., 2013; Valor-Segura et al., 2010). Otros trabajos señalan la existencia de considerables coincidencias entre algunos aspectos claves de la inteligencia emocional y la empatía (Boyatzis, 2005; Cañero et al., 2019; Corral-Martínez y Gómez-Cuevas, 2021; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Goleman, 2005; Gorostiaga et al., 2014; Muncer y Ling, 2006; Orozco, 2021). En este sentido y en líneas generales, podríamos mantener que la empatía (relacionada con la regulación emocional, componente de la IE) es uno de los rasgos que fundamenta las relaciones interpersonales exitosas. Sin embargo, como señalan Fernández y Barraca (2005), la relación entre estos dos constructos posee una doble vertiente, puesto que, si bien un cierto nivel de empatía es necesario para la inteligencia emocional, un exceso de involucración empática puede convertirse en un problema y, por tanto, en una conducta que puede comprometer el funcionamiento óptimo de la gestión emocional. En los casos de violencia de género ocurre precisamente este hecho. Las mujeres víctimas violencia machista suelen ponerse fácilmente en el lugar del agresor, pretenden

entender sus actitudes agresivas y conductas violentas llegando incluso a “comprenderlas”. Otra de las características es la necesidad que desarrollan - como parte de las consecuencias de la violencia- de perdonar y sentir compasión por él, pudiendo llegar a justificarlo. En su intento de comprender se sienten responsables de lo que está pasando, se agotan y se sienten menos eficaces y así, van entrando en un círculo vicioso en el que se culpabilizan cada vez más. Esta experiencia traumática va minando la valía y autonomía de la mujer y es la que conlleva al deterioro de habilidades emocionales (Montilla-Jiménez et al., 2011).

En el ámbito de este trabajo de investigación, puede verse con claridad que el nivel de empatía (junto con una gestión inadecuada) de las mujeres víctimas de malos tratos podría representar un factor de riesgo para ellas, siendo más relevante para la intervención el poder analizar el manejo que se haga de esta habilidad. Las mujeres víctimas de violencia de género pueden llegar a identificarse con los sentimientos y necesidades del agresor (esto indicaría un alto nivel de empatía), al mismo tiempo que presentan dificultades para separarse de esas emociones que previamente han interiorizado, lo que conlleva que no sean capaces de tomar decisiones basadas en las suyas propias (esto reflejaría importantes carencias en el manejo de la empatía). La aplicación de esta escala a la población general permitirá profundizar en el análisis de los inconvenientes que presentan las personas por tener una elevada empatía y no saber gestionar el malestar que les produce la sobrecarga emocional de su entorno (e.g., profesionales de la salud, responsables del cuidado de personas dependientes y mujeres víctimas de malos tratos). En los casos de violencia de género, facilitará a los profesionales una herramienta útil para adaptar sus propuestas terapéuticas a la mejora de las habilidades empáticas que se han visto mermadas por la

experiencia continuada de violencia y que las coloca en una situación de vulnerabilidad y predisposición para permanecer en la situación de maltrato. En otras palabras, la medición de la habilidad para manejar la empatía permitirá, por un lado, evaluar la influencia que esta variable pueda tener en que las mujeres víctimas violencia de género logren tomar distancia de las emociones de su agresor y, por otro lado, fomentar el equilibrio necesario entre sentir empatía y saber manejarla para que sea un factor de protección efectivo.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 4. Pensamientos distorsionados sobre los agresores de violencia de género

PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LOS AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La tercera de las variables asociadas a la violencia de género que pretendemos evaluar son los pensamientos distorsionados sobre el maltratador. En líneas generales, los mitos, las creencias distorsionadas, las ideas estereotípicas y las actitudes de tolerancia asociadas con la violencia de género adquieren una especial relevancia porque generan confusión, sustentan en el ideario colectivo la falsa creencia de que el problema es menos grave de lo que se dice y, en definitiva, ponen en peligro los avances conseguidos en las últimas décadas (Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez, 2012; Fenton y Jones, 2017; Marey-Castro y Del-Pozo-Triviño, 2020). El problema se agrava si tenemos en cuenta que estos sesgos cognitivos se dan, además de en la población general, en los agentes implicados en la violencia de género: las víctimas, los agresores y en el contexto educativo y profesional (García-Díaz et al., 2020; Menéndez et al., 2013; Noriega et al., 2020). En este ámbito de estudio, la mayoría de investigaciones que se han realizado hasta la fecha, dirigen el foco de atención a las actitudes tolerantes hacia la violencia contra la mujer y la percepción de la igualdad (Boira et al., 2013a; Fox et al., 2014; Martín-Fernández et al., 2018; Ubillos et al., 2017), los mitos de amor romántico (Bisquert-Bover et al., 2019; Caro y Monreal, 2017; Nebot-García et al., 2018; Rodríguez-Castro et al., 2013), el sexismo ambivalente y los micromachismos (Arnosó et al., 2017; García-Campaña et al., 2018; Herrero et al., 2017; Noriega et al., 2020), las ideas estereotipadas sobre las mujeres maltratadas (Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez, 2012; Diéguez et al., 2020; Ferrer-Pérez, López-Prats et al., 2016; Sprague et al., 2013; Yamawaki et al., 2012), o los mitos y creencias sobre los maltratadores (Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez, 2012;

Diéguez et al., 2020; Ferrer-Pérez, López-Prats et al., 2016; Sanmartín et al., 2010).

Ante este amplio repertorio de falsas creencias asociadas a la violencia de género, se hace necesario la creación de instrumentos para medir estos constructos con precisión. Entre ellas, las percepciones distorsionadas y la falta de conocimiento en torno a un posible perfil del agresor y las circunstancias que lo rodean, pueden constituir uno de los factores de riesgo más relevantes para la ocurrencia y el sostenimiento de la violencia de género en nuestra sociedad. Además, la evaluación precisa de estas creencias equivocadas sobre el maltratador entre los agentes implicados (víctimas, agresores, estudiantes y profesionales) permitirá la detección precoz de las mismas y el ajuste de las propuestas de intervención para que sean más eficaces.

La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (DGVG) refleja en varios de sus informes que todavía estamos lejos de erradicar este tipo de pensamientos distorsionados. En el entorno universitario se indica que, aunque la mayoría de estudiantes se identifica con valores igualitarios, no siempre los llevan a la práctica; los estudiantes (futuros profesionales) señalan que tan solo un 25 % terminan sus carreras habiendo cursado alguna asignatura relacionada con la violencia de género, lo que consideran insuficiente (DGVG, 2012). En el ámbito sanitario, también se facilitan datos que muestran la escasa formación que reciben estos profesionales. Únicamente algo más de la mitad de los médicos de atención primaria (55.6%) indican que han recibido formación de género; el 62.2% reconoce la necesidad de mejorar sus habilidades para desarrollar la entrevista clínica en los casos de violencia de género (se alegan conflictos éticos si la víctima no quiere denunciar y miedo a perjudicarla) y la mayoría (94.5%) señalan la escasa

formación que reciben como uno de los obstáculos para identificar, diagnosticar y actuar de forma adecuada en estos casos (DGVG, 2015a). En sectores de adolescentes y jóvenes, se destaca que la percepción de la desigualdad es alta, pero que 1 de cada 3 no identifican los comportamientos de control con la violencia de género y que una gran parte de ellos piensa que la mayoría de los agresores son extranjeros (38%) o enfermos mentales (40%) (DGVG, 2015b). Los resultados de trabajos recientes señalan que los profesionales sanitarios tienen dificultades para identificar los casos de violencia de género y que sus actitudes sexistas ambivalentes (hostiles y benevolentes) se relacionan con una menor implicación en el abordaje de este tipo de casos. Sin embargo, esta situación mejora (reducción del sexismo benévolo) cuanto mayor es el número de horas de formación (Noriega et al., 2020). García-Díaz et al. (2020) encontraron que estudiantes universitarios del ámbito de la salud, en un alto porcentaje (62.8% de la muestra total y el 75.9% de estudiantes de psicología), se mostraban tolerantes ante la violencia en la pareja. Otros estudios concluyeron que el alumnado de titulaciones universitarias de los ámbitos sanitario y jurídico, a pesar de cursar asignaturas que abordan la violencia de género, siguen mostrando actitudes y percepciones erróneas frente a este problema (Diéguez et al., 2020). Además, futuros docentes, que representan uno de los sectores más influyentes en labores de prevención de las desigualdades de género, muestran aceptación de algunos mitos relacionados con el amor romántico, roles de género y violencia contra las mujeres (Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2018, 2019). No solo el alumnado universitario, sino también personas de su entorno, tienen creencias falsas acerca de quienes padecen o cometen este tipo de violencia (33%) o sobre la existencia de denuncias falsas para obtener beneficios (38%; Ferrer-Pérez, López-Prats et al., 2016). Estos y otros datos recogidos en diferentes ámbitos (e.g., justicia, educación o servicios sociales) son

especialmente preocupantes si tenemos en cuenta que las respuestas de la mayoría de los encuestados podrían estar mediatizadas por efectos de deseabilidad social.

La existencia de diferentes tipologías de maltratadores, la falta de consistencia de diferencias significativas cuando se les compara con otros delincuentes varones y, en definitiva, los múltiples aspectos y circunstancias a tener en cuenta para describirlos (relacionados con su personalidad, conducta, cognitivos, emocionales, etc.) reflejan la imposibilidad de establecer un único perfil del agresor (Amor et al., 2009; Boira, 2010; Domínguez et al., 2015; Dutton, 1997; Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe y Meehan, 2004; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Huertas, 2020; Juarros-Basterretxea et al., 2018; Loinaz, 2009; Loinaz et al., 2018; Sjödin et al., 2017; Torres et al., 2013). En cualquier caso, es posible mencionar algunos aspectos que, sin tener una relación causal con ejercer la violencia de género por sí solos, ni ser generalizables a todos los maltratadores, suelen estar asociados a la mayoría de ellos (adaptado de Corsi et al., 1995):

a) Aspectos sociodemográficos: Las evidencias de múltiples estudios reflejan que los agresores de violencia de género pueden ser de diferentes edades y estatus socioeconómico. Sin embargo, se considera un factor de riesgo la *exposición en la infancia al maltrato* de forma reiterada en la unidad familiar (OMS, 2019). Los niños, de esta forma, aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para resolver los conflictos en el hogar, al igual que las niñas aprenden que deben aceptarla y vivir con ella (Echeburúa et al., 1990).

b) Aspectos conductuales: La *doble fachada* tiene relación con la adopción de patrones de conducta disociados en el ámbito público, donde se muestran como personas equilibradas y agradables con los demás, y en el

ámbito privado, donde se transforman en personas agresivas. Esta doble fachada permite al maltratador construir una buena reputación frente a otros (Dohmen, 1995) y descargar en la pareja la tensión que acumulan en otras esferas de su vida (Sonkin y Durphy, 1982). Los *antecedentes de violencia con otras parejas* reflejan la dependencia emocional que los caracteriza y el resultado de orientar la violencia hacia una nueva compañera tras una ruptura (Sonkin et al., 1985). La *resistencia al cambio* tiene que ver con la negación del problema y la falta de motivación interna para buscar ayuda profesional que facilite el cambio de su conducta. La mayoría de los agresores se someten a tratamientos específicos por orden judicial o porque temen que su pareja les abandone (Adams, 1988). El *abuso de alcohol y drogas* puede ser un factor precipitante o estimulante, pero no es la causa de la conducta violenta. En muchos casos los agresores recurren al alcohol para que les sirva de excusa o justificación, y son selectivos a la hora de ejercer el maltrato (Adams, 1988; Dohmen, 1995).

c) Aspectos cognitivos: *El discurso* del agresor se caracteriza por tratar de despersonalizar o generalizar su propia acción con intención de justificar la violencia. Tiene tendencia a hablar en impersonal o en tercera persona y usa con frecuencia el condicional, como si lo ocurrido fuera una mera eventualidad, una posibilidad que no llega a afirmar (Dohmen, 1995). Las *concepciones rígidas de masculinidad y feminidad* se basan en los valores culturales que han adquirido y les hacen mantenerse en una posición desde la que necesitan tener el control, la dominación y la jerarquía con respecto a la mujer, a la que someten para mantener este estatus (Dohmen, 1995). La *minimización y justificación* refleja la actitud de estos hombres que consideran su conducta como un asunto que pertenece a la esfera de lo privado. Los agresores estiman la intensidad de la violencia en un grado insignificante o

circunstancial, y trivializan tanto su conducta violenta como los efectos y consecuencias para sus parejas, a las que terminan culpabilizando de lo sucedido (Dohmen, 1995). La *externalización de la culpa* estaría relacionada con las anteriores características. El agresor considera que la violencia que ejerce no es responsabilidad suya, atribuyéndola a factores externos y tratando de manipular la situación, en numerosas ocasiones, para intercambiar papeles con su compañera y presentarse él como la verdadera víctima (Adams, 1988). La *ceguera selectiva* se refiere a la ausencia de percepción del agresor de que la respuesta defensiva y de rechazo de la pareja es consecuencia de su conducta violenta hacia ella. El agresor no logra comprender el cambio de actitud de la mujer, ni acepta el estado emocional en el que ella dice encontrarse, pudiendo reaccionar con episodios más violentos todavía (Dohmen, 1995).

d) Aspectos emocionales: La *baja autoestima* es una característica muy común en los agresores, aunque ésta no se observe de forma evidente y manifiesta. Los maltratadores sienten remordimientos y tienen sensaciones de malestar que les produce su falta de control, de forma que al ejercer la violencia de forma reiterada profundizan en la imagen negativa que tienen de sí mismos, pero resulta excepcional que manifiesten estas sensaciones (Currie, 1985). La *restricción emocional* se fundamenta en la dificultad para hablar de los propios sentimientos y necesidades emocionales, lo que les genera frustración y suele derivar en un acto violento. Esta dificultad para comunicarse determina en los agresores su incapacidad para resolver conflictos sin el uso de la violencia (Dohmen, 1995). La *dependencia e inseguridad* se ve reflejada en el miedo que tienen de perder a su pareja (Rondeau et al., 1989). Al experimentar esta pérdida, ven amenazada su autoestima, el poder en la relación y el control de la situación, lo que provoca

un estado de gran tensión y el intento de recuperar rápidamente el control a través del empleo de la fuerza (Dohmen, 1995). En estos hombres, la falta de una vivencia personal de seguridad necesita ser compensada a través de una actitud autoritaria, que tiene como objetivo taponar la debilidad interna que en el fondo existe (Corsi, 1991).

e) Aspectos propios de la interacción: El *aislamiento* en el agresor no sólo es un aislamiento social, sino también un aislamiento emocional en el que no existe un vínculo afectivo donde poder comunicarse (Corsi, 1991). Este aislamiento causa estrés, lo que aumenta el riesgo de conflictos al sentirse incomprendidos. También se relaciona con el miedo a la soledad, la dependencia de su pareja y con su propia inseguridad, factores que se dan en un sistema circular donde todos pueden ser causa y efecto (Dohmen, 1995). Las *conductas para controlar* otorgan seguridad al agresor y sirven para perpetuar en la víctima el recuerdo potencial del abuso físico, debilitar la confianza en sí misma y su autoestima, además de anular su independencia (Adams, 1988). Los *celos* y las *actitudes posesivas* se manifiestan en acusaciones constantes, interrogatorio a los hijos, escucha telefónicas, querer saber de las actividades y de las relaciones, entre otras conductas de control. Los agresores terminan por volverse extremadamente posesivos, lo que imposibilita la aceptación de que la relación haya terminado (Dohmen, 1995). La *manipulación* del maltratador se caracteriza por el intento de racionalizar y justificar sus acciones, además de hacerle creer a la mujer que es ella la que no va a poder vivir sin él (Dohmen, 1995). La manipulación puede extenderse a los hijos, a quienes inducen para que espíen a la madre o traten de convencerla para que le perdone y “deje que vuelva a casa” (Adams, 1988). La *falta de habilidad para resolver conflictos sin el empleo de la violencia* se relaciona con su incapacidad para entender que el enfado o la ira pueden ser

expresiones emocionales normales que pueden detener el aumento de la tensión si se saben gestionar. El problema de los agresores es que no han aprendido a percibir el aumento de la tensión hasta que ya se ha descargado con la conducta violenta (Corsi, 1991).

Estos y otros aspectos característicos de los agresores de violencia de género han sido verificados en estudios más recientes (Arias, 2018; Guerrero-Molina et al., 2017; Henning y Connor-Smith, 2011; López y Moral, 2020), reflejando las diferentes conexiones que existen entre ellos y la dificultad para configurar un único perfil generalizable a todos los hombres que ejercen este tipo de violencia.

Por lo que respecta a la medición de las creencias irracionales en torno a la violencia de género, uno de los instrumentos más utilizados en contextos clínicos y de investigación es el *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia* (IPDMUV; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Diseñado para evaluar con carácter unidimensional los sesgos cognitivos que representaban los hombres violentos, como parte de un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de maltratadores. Consta de 29 ítems dicotómicos (13 sobre roles de género e inferioridad de la mujer y 16 sobre la legitimación de la violencia para resolver conflictos). Puntuaciones más elevadas indican mayores niveles de creencias distorsionadas. Este instrumento ha sido validado en diferentes muestras, alcanzando niveles de fiabilidad aceptables ($\alpha = .84$, Ferrer et al., 2006; $\alpha = .76$, Loinaz, 2014). Posteriormente, se ha realizado una versión depurada y actualizada de 21 ítems, el IPDMUV-R (Echeburúa et al., 2016), con una ligera mejora de las propiedades psicométricas ($\alpha = .74$ y mayor capacidad para discriminar entre agresores y no agresores, además de un mayor tamaño del efecto para la versión de 21 ítems). El punto de corte propuesto es de 8 para

discriminar a los agresores (o potenciales agresores) de la población normativa. Asimismo, se obtuvieron correlaciones positivas con sexismo ambivalente.

Otros de los instrumentos que miden creencias distorsionadas referidas a distintos aspectos de la violencia de género se exponen a continuación. La escala *Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression* (AMMSA; Gerger et al., 2007), validada al español por Megías et al., (2011), mide de forma sutil los mitos actuales sobre la agresión sexual. La escala de *Aceptación de Mitos sobre la Violencia de Pareja contra las Mujeres* (AMIVAW; Megías et al., 2018), compuesta por 15 mitos habituales en torno a la violencia de pareja. Finalmente, la *Acceptability of Intimate Partner Violence Against Women* scale (A-IPVAW; Martín-Fernández et al., 2018), constituido por 20 ítems, representa situaciones relacionadas con la coerción y la violencia física y verbal.

Existe otro grupo de medidas de autoinforme que, aunque no miden directamente distorsión respecto a violencia de género, han resultado útiles para comprender la existencia de tales sesgos. En este sentido destacan, la *Escala de Actitudes de Rol de Género* (GRAS, García-Cueto et al., 2015), compuesta por 20 ítems, que evalúa actitudes sexistas en tres ámbitos: familia, relaciones sociales y empleo. Asimismo, han sido empleados en numerosos estudios el *Ambivalent Sexism Inventory* (ASI; Glick y Fiske, 1996), que mide sexismo hostil y benévolo (validada al español por Expósito et al., 1998), la Escala de *Celos Románticos* (ECR; White, 1976; validada al español por Montes-Berges, 2008), y la escala de *Mitos hacia el Amor* (Bosch et al., 2007; validada en una muestra de adolescentes por Rodríguez-Castro et al., 2013).

Los instrumentos anteriormente descritos permiten obtener información sobre diferentes tipos de actitudes hacia el uso de la violencia, las víctimas, las relaciones de pareja y las circunstancias que en general están asociadas a los episodios de violencia de género. Sin embargo, las medidas existentes aportan menos conocimiento sobre las características de los agresores y las creencias distorsionadas en torno a su figura.

Por este motivo, en este trabajo de investigación se ha diseñado un instrumento que permite evaluar los pensamientos distorsionados en torno a las características individuales, sociales, de personalidad y de pronóstico de cambio del hombre potencialmente violento contra las mujeres. Como hemos podido observar, el conjunto de mitos, creencias y estereotipos asociados a la violencia de género están vigentes en todas las esferas de la sociedad y, especialmente, se encuentran presentes en los agentes implicados en este tipo de violencia (agresores, víctimas y profesionales). En consecuencia, la aplicación de la escala podría ser muy diversa y enfocarse tanto a la prevención como a la intervención terapéutica en diferentes contextos. De esta forma, disponemos una herramienta novedosa que permitirá detectar precozmente y corregir posibles creencias distorsionadas acerca de la figura maltratador en estudiantes (futuros profesionales) y en profesionales cualificados que intervienen en sectores de la sociedad vinculados a la violencia de género (justicia, educación, salud, servicios sociales, cuerpos de seguridad y medios de comunicación entre otros). Además, ayudará a complementar la evaluación que se hacen de otros mitos que pueden estar sosteniendo la aceptación y tolerancia de esta violencia contra las mujeres. Así mismo, el uso de este instrumento facilitará un mejor ajuste y adaptación de la terapia a las características individuales de víctimas y agresores.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 5. Programas de intervención emocional con agresores de violencia de género

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EMOCIONAL CON AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

A partir de la entrada en vigor en España de Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral de la Violencia de Género, es cuando se intensifican en nuestro país las acciones para tratar de erradicarla. La mayoría de reformas legislativas y actuaciones que se vienen desarrollando, han tratado de visibilizar el problema, proteger y dar un mayor apoyo a las mujeres víctimas de malos tratos, y “disuadir” a los agresores para que no recaigan en sus comportamientos violentos. Estos factores, junto a otros, han hecho disparar el aumento de hombres agresores que ingresan en los centros penitenciarios del territorio español por la comisión de delitos relacionados con la violencia de género (en torno al 12% de la población reclusa) o son condenados a medidas alternativas a la pena de prisión (35.366 penados; el 40% de los mandamientos judiciales) y que, además, están obligados a realizar un programa de tratamiento ambulatorio. En internamiento, la media de participación en estos programas de los últimos cinco años es de 1.090 internos, representando en torno al 21% de los penados por esta tipología delictiva (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2022).

Sin embargo, la preocupación por la terapia y rehabilitación del agresor sólo ha cobrado un interés real recientemente. No obstante, la mayoría de autores que investigan y trabajan en este ámbito, están de acuerdo en señalar que una respuesta integral al problema debe incluir la atención psicoeducativa de los agresores y la individualización de los programas (Boira et al., 2014; Boira et al., 2013b; Cannon et al., 2016; Echeburúa y Amor, 2010; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Ferrer-

Pérez, Ferreiro-Basurto et al., 2016; Menéndez et al., 2013; Voith et al., 2018; Zarling y Russell, 2022).

El Programa de Intervención para Agresores (PRIA) de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP, 2010), representa, en la actualidad, la principal propuesta de intervención terapéutica dirigida a maltratadores que se encuentran en las prisiones del territorio español. Este programa, de corte cognitivo-conductual y que introduce aspectos relacionados con la perspectiva de género, consta de las siguientes 11 unidades temáticas: unidad 1, presentación y motivación al cambio; unidad 2: Identificación y expresión de emociones; unidad 3: distorsiones cognitivas y creencias irracionales; unidad 4: asunción de la responsabilidad y mecanismos de defensa; unidad 5: empatía con la víctima; unidad 6: violencia física y control de la ira; unidad 7: agresión y coerción sexual en la pareja; unidad 8: violencia psicológica; abuso e instrumentalización de los hijos; unidad 10: género y violencia de género; unidad 11: prevención de recaídas. La duración del programa puede variar entre 6 meses y un año, dependiendo del perfil de los usuarios, su nivel de riesgo de reincidencia, la duración de la condena, el medio en el que se desarrolle el programa y la evolución de los participantes en el mismo. El número de sesiones puede oscilar entre 25 (programa básico) y 50 (programa de mayor intensidad). El formato puede ser tanto individual como grupal. En el caso de optar por un formato grupal (lo que supone la mayoría de los casos), se recomienda complementar la intervención con sesiones individuales. Se propone un número de 12 participantes por grupo (Documentos Penitenciarios 7, 2010).

A nivel mundial, diversos estudios de revisión señalan que entre los programas de intervención que han mostrado mejores resultados destacan los de enfoque cognitivo-conductual (Arce et al., 2020; Arias et al., 2013;

Babcock et al., 2004; Feder y Wilson, 2005; Nessel et al., 2019). Esta perspectiva considera la violencia como un comportamiento aprendido y causado por distorsiones cognitivas en relación a la pareja, y trata de inculcar a los maltratadores una conducta alternativa a la violenta, mediante el entrenamiento de ciertas habilidades que deriven en una conducta prosocial y un mejor bienestar psicológico. Otras propuestas de intervención son las basadas en el Modelo Duluth que, influenciadas por la teoría feminista, se orientan hacia la psicoeducación de los agresores, con una perspectiva de género que trata de fomentar en ellos actitudes más igualitarias. En la práctica, estos enfoques se mezclan y las intervenciones suelen combinar elementos de ambos (Nessel et al., 2019; Wong y Bouchard, 2021), siendo habitual que incluyan también el aprendizaje de habilidades emocionales (e.g., reconocimiento y expresión de emociones, autorregulación emocional, empatía), aunque éstas no siempre ocupen un lugar destacado en la terapia, a pesar de su importancia para lograr competencias personales y sociales (Chovanec, 2020; Wong y Bouchard, 2021; Zarling y Russell, 2022). Por otro lado, las estrategias motivacionales (e.g., tratamientos basados en las etapas de cambio, entrevista motivacional, feedback personalizado, enfoque centrado en las fortalezas, técnicas de retención), utilizadas de forma extensa en poblaciones resistentes al cambio como son los maltratadores, han demostrado ser eficaces para mejorar la alianza terapéutica, incrementar la adherencia al tratamiento y reducir las altas tasas de abandono que se producen en este tipo de intervenciones (Crane y Eckhardt, 2013; Lila et al., 2018; Murphy et al., 2017; Santirso, Gilchrist et al., 2020; Soleymani et al., 2018). En conjunto, el resultado de estas investigaciones acredita que no existe una evidencia clara de la efectividad de ninguna propuesta de intervención por encima de otra, aunque sí que hay elementos que funcionan

y podrían incrementar la efectividad de los programas dirigidos a los perpetradores de violencia de género.

A pesar de que las dificultades para gestionar las emociones están en la base de muchos conflictos violentos, son todavía escasos los trabajos de investigación que tratan sobre la relación entre la violencia ejercida contra la mujer y la inteligencia emocional (IE), un constructo que engloba, de alguna forma, el éxito o el fracaso de las personas que interactúan con su entorno (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990). Las ideas originales propuestas por Salovey y Mayer, están centradas en un modelo de habilidades cognitivas, configuradas desde los procesos psicológicos más básicos a los más integrados: 1.- Habilidad para percibir y expresar emociones de forma precisa; 2.- Usar la emoción para facilitar la actividad cognitiva; 3.- Comprender las emociones y; 4.- Regular las emociones para el crecimiento personal y emocional. Estas habilidades nos permiten procesar y razonar eficazmente con respecto a las emociones propias y ajenas, utilizando esta información para guiar nuestros propios sentimientos y acciones, para mejorar en la resolución de los problemas y lograr, en definitiva, una superior adaptación al ambiente.

En la extensa literatura sobre los malos tratos, pueden encontrarse múltiples características en torno a un supuesto perfil del hombre que ejerce violencia contra las mujeres, que pueden acreditar la relación negativa entre IE y violencia de género. Fariña et al. (2009), encuentran que los penados por violencia de género tienen menos desarrollada la capacidad de atender, expresar y reparar sus emociones. Otros trabajos muestran que los maltratadores presentan niveles bajos de asertividad (Rosenbaum y O' Leary, 1981), carecen de habilidad y confianza para expresar sus necesidades y utilizan la intimidación y la agresión para obtener lo que quieren (Fanlk, 1977),

son incapaces de comunicarse en el contexto emocional de una relación íntima (Sonkin y Durphy, 1982) y carecen de habilidades verbales para expresar necesidades con un alto contenido emocional (Dutton, 1998). Esta relación negativa entre IE y violencia de género queda también constatada con los resultados del estudio planteado por Winters et al. (2004). Estos autores compararon las puntuaciones obtenidas por 44 hombres condenados por violencia de género y 76 estudiantes universitarios, tras cumplimentar el *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i; Bar-On, 1997), inventario autoinformado de habilidades emocionales y el *Propensity for Abusiveness Scale* (PAS; Dutton, 1995b), que deriva de un listado de cuestionarios para medir características de personalidad relacionadas con la violencia doméstica, habiendo mostrado una fuerte y positiva correlación con abuso verbal, psicológico y físico en diferentes muestras (Clift, 2001; Dutton et al., 2001). Los resultados de este estudio exploratorio indican que las puntuaciones de los maltratadores son significativamente más bajas que en grupos de no maltratadores en todos los componentes del EQ-i. Además, las puntuaciones totales y las subescalas del EQ-i de ambas muestras correlacionan negativamente y de forma significativa con las puntuaciones obtenidas en el PAS, sugiriendo que déficits en varios componentes de inteligencia emocional se relacionan con un incremento de la propensión hacia el abuso. Otro estudio relacionado, es el del grupo australiano de Moriarty (Moriarty et al., 2001), quienes utilizaron el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24; Salovey et al., 1995), medida original de autoinforme para evaluar la IE desde el modelo postulado por Salovey y Mayer (1990), para analizar si los niveles de IE obtenidos permitían diferenciar a un grupo de adolescentes abusadores sexuales de otro grupo control. Estos autores evaluaron a 15 adolescentes reclutados a través de los Servicios Comunitarios y de salud de Victoria (Australia). Los adolescentes agresores cumplían órdenes judiciales por haber cometido

diversos delitos sexuales y estaban obligados a participar en un programa rehabilitador. El grupo de control lo formaban 49 adolescentes no abusadores, con el mismo rango de edad, estudiantes de escuela secundaria. Ambos grupos cumplieron diversas escalas de habilidades emocionales, entre ellas el TMMS-24. Los análisis discriminantes mostraron que el 89,1 % de la muestra era correctamente situado en su grupo respectivo. A pesar de que, en líneas generales, se encuentran pocas diferencias significativas, los abusadores puntuaban más alto en agresión y atención a los sentimientos que los del grupo control. Además, informaban de menos claridad sobre sus sentimientos y menos capacidad para reparar los estados de ánimo negativos y prolongar los positivos. A raíz de estos resultados, los autores defienden la inclusión de habilidades emocionales como un factor esencial en los programas de educación sexual para jóvenes adolescentes que han cometido abuso sexual (Moriarty et al., 2001).

En un contexto más cercano, investigadores de la Universidad de Jaén (Mora-Pelegri, 2009; Mora-Pelegri et al., 2010) desarrollaron un estudio exploratorio que tuvo un doble propósito: 1) Determinar la posible influencia de la Inteligencia Emocional sobre la conducta de autores de delitos relacionados con la violencia de género; 2) Evaluar la conveniencia de introducir contenidos que desarrollen habilidades emocionales en los programas de tratamiento. En un primer estudio, participaron 70 hombres condenados por diferentes delitos (31 por malos tratos y 39 por otra tipología delictiva) que cumplieron el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24); el grupo de agresores obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en IE que los autores de otros delitos. En el segundo estudio, la muestra estuvo integrada por 31 agresores que obtuvieron el beneficio de una medida alternativa a la prisión, pero que estaban obligados a participar en un programa formativo. El

grupo experimental (16 integrantes) participó en una sesión adicional relacionada íntegramente con el desarrollo de habilidades emocionales. Los resultados reflejaron que los participantes en esta sesión obtenían mejores resultados en algunas variables relacionadas con la inteligencia emocional, satisfacción vital y salud mental. En concreto, se encontraron diferencias significativas en alexitimia, medida con el *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1994) y en la tendencia a suprimir pensamientos rumiativos, medida con el *White Bear Supresion Inventory* (WBSI; Wegner y Zanakos, 1994). En esta línea de resultados, también desde la Universidad de Jaén, Rodríguez-Espartal (2012) planteó en su trabajo de tesis doctoral un programa de intervención para presos basado en la inteligencia emocional, postura que se viene defendiendo desde otras propuestas (Arce et al., 2009; Fernández-Berrocal y Ramos, 2002; Rodríguez-Espartal y López-Zafra, 2013).

La empatía es una de las habilidades fundamentales a desarrollar en estos programas de tratamiento y constituye un elemento clave en el marco de la IE (Muñoz y Chaves, 2013). La relación positiva entre la IE y la Empatía ha sido constatada en varios estudios (Boyatzis, 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Fernández y Barraca, 2005; Gilar et al., 2008; Goleman, 2005; López et al., 2011; Miville et al., 2006; Muncer y Ling, 2006; Petrides y Furnham, 2001). La mayoría de los programas de tratamiento dirigidos a delincuentes violentos consideran que la mejora de la empatía en relación a la víctima es un factor fundamental en el éxito de la terapia, puesto que proporcionará al agresor la razón principal para no reincidir en su conducta. En general, el objetivo que se pretende es proporcionar al agresor una visión más real del daño causado a la víctima y una conexión con sus sentimientos que podrían tener un efecto disuasorio para repetir la conducta agresiva hacia ella (Jaffe et al., 2015; Tonkin y Michell, 2010; Zosky, 2016).

En definitiva, el resultado de los estudios mencionados y otros más recientes evidencian que las dificultades para reconocer y gestionar estímulos emocionales, los altos niveles de alexitimia que presentan, junto con la falta de empatía hacia la víctima son características que se encuentran en la mayoría de maltratadores (Echeburúa y Amor, 2016; Expósito-Álvarez et al., 2021; Pu et al., 2022; Romero-Martínez et al., 2018; Romero-Martínez et al., 2023; Sordi, 2015; Shorey et al., 2015; Strickland et al., 2017; Sygel et al., 2014). Teniendo en cuenta que las habilidades emocionales y la capacidad de empatizar parecen actuar como elementos moderadores de la conducta agresiva (Chovanec, 2020; Jolliffe y Farrington, 2021; Travedi-Bateman y Crook, 2021; van der Helm, 2021) y que están involucradas en numerosas funciones relacionadas con la conducta prosocial que estarían alteradas en los agresores, la carencia de estas competencias podría interferir en los mecanismos que regulan su comportamiento y propiciar este tipo de violencia contra las mujeres (Romero-Martínez et al., 2018). El conjunto de estos factores, subraya la necesidad de explorar nuevas variables, como la falta de regulación emocional, que afectan la propensión a la violencia y de potenciar las intervenciones dirigidas a mejorar estas capacidades entre los maltratadores (Nesset et al., 2019; Pu et al., 2022; Romero-Martínez et al., 2023; Shorey et al., 2015; Wigham et al., 2022).

Por otro lado, las investigaciones que relacionan las habilidades emocionales y la salud (física y mental) han proliferado en diferentes direcciones, pero ha sido poco estudiada con agresores de la violencia de género. En una muestra de estudiantes universitarios, Goldman et al. (1996) constataron que los participantes que regulaban sus estados emocionales en situaciones de estrés, presentaban menores informes de enfermedad y visitaban con menor frecuencia los centros de salud. Los resultados de Zautra

et al. (2001), con enfermos crónicos de artritis y fibromialgia, sugirieron que la claridad emocional podría funcionar como una estrategia de afrontamiento ante el dolor crónico. Otros estudios realizados en España han analizado el papel de los componentes de la IE sobre la calidad de vida de mujeres de mediana edad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002), la ansiedad, la percepción de la salud y las conductas relacionadas con la salud (Latorre y Montañés, 2004), los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y el estado físico, social y mental de estudiantes universitarios (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006), y sobre el estrés y su impacto en la salud de profesionales de la enfermería (Augusto-Landa et al., 2009).

En líneas generales, los estudios presentados anteriormente nos muestran que las competencias emocionales nos hacen menos vulnerables al estrés, la ansiedad y la depresión. A pesar de ello, algunas investigaciones confirman que cuando se analiza la efectividad de la terapia en el ámbito de los agresores de violencia de género, al menos hasta la fecha, se suele tener muy poco en cuenta el efecto de la intervención en variables que tienen que ver con la salud (física y mental), calidad de vida y estado emocional de los agresores, estando el análisis muy centrado en medir resultados primarios relacionados con la reducción de la violencia y las tasas de reincidencia (Boira et al., 2013b; Nasset et al., 2019; Sordi, 2015). En el contexto del trabajo de investigación presentado en esta tesis, analizar el estado de salud de los agresores nos permitirá evaluar si la superación de las carencias emocionales conforme avanza la terapia va acompañada de la mejora de su estado de bienestar y si la constatación de esta relación positiva se ha utilizado para abordar estrategias motivacionales que mejoren la adhesión al tratamiento de los agresores y favorecer en ellos un propósito genuino de cambio.

A través de una revisión sistemática actualizada de los estudios publicados en relación con los programas de intervención dirigidos a agresores de violencia de género, hemos pretendido analizar la efectividad de las propuestas que incluyen el aprendizaje de habilidades emocionales, si esta efectividad se relaciona con mejoras en la salud y el estado de bienestar de los agresores, y si este efecto positivo se utiliza para mejorar la motivación al tratamiento.

III. PARTE EMPÍRICA.

MEMORIA DE TRABAJOS

Capítulo 6. Justificación, objetivos e hipótesis

JUSTIFICACIÓN

La violencia de género es considerada como un problema de salud pública de índole mundial y una de las principales violaciones de los derechos humanos que sufren las mujeres en la actualidad. Los factores de riesgo asociados a este fenómeno son múltiples y muy diversos, tienen diferentes áreas de influencia más o menos amplias, la mayoría de ellos están conectados, motivo por el cual sus efectos pueden multiplicarse, y suelen darse situaciones contradictorias o paradojas que dificultan su interpretación y poder analizar en qué medida influyen en la ocurrencia de los episodios violentos. Además, los países de nuestro entorno promueven cada vez más actuaciones para prevenirlo y contrarrestarlo, y las principales organizaciones internacionales demandan que se redoblen esfuerzos para mitigar estos factores de riesgo y promover factores de protección relacionados con la prevención y la intervención.

Como se mencionaba en la introducción de esta tesis doctoral, esta situación tan compleja subraya la necesidad de actualizar el análisis tanto de los factores de riesgo asociados a la violencia de género, creando instrumentos de medida precisos y fiables, como de las propuestas de intervención dirigidas a los agentes implicados en el problema, introduciendo nuevas variables o afinando los matices de las ya existentes para que estas propuestas sean más ajustadas y efectivas.

Los factores que hemos analizado en los diferentes trabajos de esta tesis doctoral (disposición para perdonar, manejo de la empatía, los pensamientos distorsionados acerca de la figura del maltratador y la carencia de habilidades para gestionar las emociones en los agresores) son factores de

riesgo individuales que, a su vez, están vinculados a contenidos que pueden incorporarse a las propuestas terapéuticas para su mejora. Así mismo, los nuevos instrumentos de medida creados, aunque en principio fueron validados en población normal, han sido ideados para analizar estas variables en víctimas, agresores, estudiantes y profesionales en ejercicio, entre otros colectivos.

En relación al perdón, el primero de los factores estudiados, hemos observado que a pesar del considerable número de medidas de autoinforme creadas para evaluarlo, son pocos los que se encuentran disponibles en español (Guzmán et al., 2014; Rosales-Sarabia et al., 2017) y que evalúen la disposición para perdonar en situaciones reales y específicas como en los casos de separación y divorcio (Yárnoz-Yaben et al., 2012) o en aquellas en las que se produce un daño y agravio a la persona. Teniendo en cuenta estas carencias, resulta relevante disponer de instrumentos válidos y fiables que permitan medir el perdón en diferentes contextos culturales en los que se emplea el español como lengua, evitando así la pérdida de la esencia y de los diferentes matices de esta cultura, como puede ocurrir en las validaciones que se hacen de otras escalas de origen anglosajón.

El segundo de estos factores de riesgo, la capacidad para empatizar puede representar también un problema si no se sabe gestionar de forma adecuada. La gran variedad de enfoques para medir la empatía refleja la naturaleza sumamente compleja y multifacética de este constructo. Sin embargo, esta proliferación de instrumentos también evidencia que todos ellos están orientados a medir el grado alcanzado en alguna de las facetas de la empatía, pero ninguno permite evaluar la habilidad que tienen las personas para gestionar su capacidad de empatizar. Este manejo de la empatía está relacionado con capacidad que tiene una persona de culminar todas las fases

del proceso empático (Reik, 1949), con la separación de las emociones que previamente ha interiorizado y que le permite coger la distancia necesaria para hacer un análisis objetivo de la situación y tomar decisiones adecuadas.

Los pensamientos distorsionados sobre el agresor son el tercer factor de riesgo analizado. Los mitos, las creencias erróneas o ideas estereotipadas asociadas con la violencia de género adquieren una especial relevancia porque generan confusión, sustentan en el ideario colectivo la falsa creencia de que el problema es menos grave de lo que se dice y, en definitiva, ponen en peligro los avances conseguidos en las últimas décadas (Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez, 2012; Fenton y Jones, 2017; Marey-Castro y Del-Pozo-Triviño, 2020). Hasta la fecha, la mayoría de instrumentos utilizados para medir estos mitos ponen el foco de atención en las actitudes tolerantes hacia el uso de la violencia, la imagen de las víctimas, la percepción de la igualdad, el sexismo ambivalente y otras nuevas formas de sexismo, entre otras variables. Sin embargo, las medidas existentes aportan menos conocimiento sobre las características de los maltratadores y las creencias distorsionadas en torno a un supuesto perfil del agresor, que no es posible generalizar a todos ellos. Por tanto, se hacía necesario crear una nueva escala para medir creencias relacionadas con las características del agresor de violencia de género (e.g., patrones de comunicación afectiva, dependencia emocional y posibilidades reales de cambio), que permita la detección precoz de este factor de riesgo y la gestión de una intervención adecuada.

En los casos de violencia de género el empleo de estos instrumentos permitirá a los profesionales detectar en las víctimas las dificultades que tienen para perdonarse a ellas mismas y poder “pasar página”, ayudarles a aprender a distinguir sus emociones de las que les ha transmitido el agresor (sobre todo si es su pareja) para poder tomar distancia y tomar decisiones por

ella misma, y a contrarrestar las ideas equivocadas que tengan acerca de las características personales que definen a la mayoría de agresores.

Finalmente, partiendo de que la carencia de habilidades para gestionar las emociones y su falta de empatía hacia la víctima son características personales que se encuentran en la mayoría de los agresores (Expósito-Álvarez et al., 2021; Pu et al., 2022; Shorey et al., 2015), de la importancia que tienen las habilidades emocionales como elemento moderador de la conducta violenta (Chovanec, 2020; Jolliffe y Farrington, 2021; Travedi-Bateman y Crook, 2021; van der Helm, 2021) y ante la falta de una evidencia clara de la efectividad de los programas de intervención para agresores de violencia de género (Arce et al., 2020; Stephens-Lewis et al., 2021; Travers et al., 2021; Wilson et al., 2021), nos propusimos analizar la efectividad de las propuestas de intervención que incluían habilidades emocionales entre sus contenidos terapéuticos.

En definitiva, creemos justificada la construcción de instrumentos que permitan a los profesionales obtener una medida más precisa de los factores de riesgo asociados a la violencia de género, detectar si estas variables influyen en que las personas sean más vulnerables y ajustar las propuestas terapéuticas a las carencias o dificultades de estas personas para poder transformarlos en factores de protección. De igual forma, la obtención de una revisión actualizada de los programas de intervención dirigidos a los agresores de violencia de género permitirá establecer una base teórica sólida que sustente la necesidad de incluir, de forma específica y con mayor relevancia, el aprendizaje de habilidades emocionales (relacionadas con la empatía y la gestión de emociones) en las propuestas terapéuticas en el futuro.

Objetivo principal 1: Construir una escala que permita evaluar la disposición para perdonar de jóvenes y adultos (en población española), con unas adecuadas propiedades psicométricas.

Objetivos específicos 1:

- 1.a** Medir el perdón en las tres dimensiones propuesta en los principales modelos teóricos: perdón *“hacia el otro”*, *“hacia uno mismo”* y *“a las situaciones”*.
- 1.b** Analizar los diferentes tipos de respuesta que integran el perdón (cognitivas, emocionales y conductuales), las posibles direcciones del cambio (reducción de respuestas negativas, aumento de las positivas o ambas direcciones) y la orientación de sus acciones (hacia uno mismo, hacia otros o ambas orientaciones).

Hipótesis 1:

- 1.a** Las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de esta nueva escala de perdón, estarán relacionadas con los valores alcanzados en los factores que integren otros instrumentos asociados a la medición del perdón.
- 1.b** Las puntuaciones de la escala estarán relacionadas con valores obtenidos de variables asociadas a beneficios para la salud y la experimentación de emociones positivas y negativas. En nuestro caso, la disposición a perdonar se relacionará con la autoestima (Hall y Fincham, 2005; Mauger et al., 1992) y la satisfacción con la vida (Hall y Fincham, 2005; Thompson et al., 2005).

- 1.c** Las puntuaciones de la escala mostrarán diferencias al compararlas en función de algunas variables sociodemográficas. Diversos estudios muestran que las mujeres perdonarían más que los hombres (Miller et al., 2008), la influencia que tienen las creencias religiosas en la disposición a perdonar (Lutjen et al., 2012; Tsang et al., 2005) y que la tendencia a perdonar aumenta con la edad (Allemand, 2008; Guzmán et al., 2014; Steiner et al., 2011).

Objetivo principal 2: Construir una escala que permita medir el manejo de la capacidad de empatizar.

Objetivos específicos 2:

- 2.a** Recoger en las diferentes dimensiones de la escala, las fases del proceso empático propuesto en el modelo de Reik (1949): *identificación, incorporación, reverberación y separación*.
- 2.b** Incluir en el instrumento alguna de las capacidades que componen la empatía, en concreto la *proyección* (capacidad de generar emociones en los demás) por estar más relacionada con la regulación de los estados emocionales de otras personas.

Hipótesis 2:

- 2.a** Los datos obtenidos en las puntuaciones de la escala se relacionarán con los obtenidos en otras escalas que midan nivel de empatía y regulación emocional (componente de la Inteligencia Emocional). En este trabajo de investigación la capacidad de empatizar se mide con el IRI (Davis, 1980), la personalidad émpata con la EPE (Aranda, et al.,

2011) y la inteligencia emocional con el TMMS-24 (Salovey et al., 1995).

- 2.b** Las correlaciones más altas se darán entre las dimensiones de la empatía que indican mejor gestión emocional (reverberación, separación y proyección) y las subescalas de la IE (atención, claridad, y fundamentalmente con regulación). La gestión de las emociones se alcanza esencialmente en las últimas fases del proceso del modelo de empatía de Reik (1949) y en la última “rama” (regulación) del modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997).
- 2.c** Se espera que la posible correlación entre el nivel de empatía y el manejo de la misma no sea excesivamente alta, pues son dimensiones diferentes del constructo. En el marco teórico se fundamenta que no es lo mismo tener capacidad para empatizar que gestionar de forma adecuada esa capacidad. Este hecho queda constatado claramente en las víctimas de violencia de género (Montilla-Jiménez et al., 2011).
- 2.d** El resultado de las puntuaciones de la escala sobre manejo de empatía será un buen predictor de la IE y del nivel de empatía. Son numerosos los estudios que señalan la existencia de considerables coincidencias entre algunos aspectos claves de la IE y la empatía (Boyatzis, 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Goleman, 2005; Muncer y Ling, 2006).
- 2.e** Las puntuaciones de la escala mostrarán diferencias al compararlas en función de algunas variables sociodemográficas (al menos en sexo, edad y creencias religiosas). Diversos estudios indican que la empatía tiene mayor prevalencia en el género femenino (Bora y Baysan, 2009; López-Fernández et al., 2018; Mestre et al., 2004; Schulte-Rüther et al., 2008), aumenta con la edad (Allemand, Steiger y Fend, 2015; Davis y Franzoi, 1991; Retuerto, 2004) y que las personas que se consideran

ateas alcanzan puntuaciones más bajas en empatía que las que tienen creencias religiosas (Landa et al., 2018).

Objetivo principal 3: Construir una escala que permita medir los pensamientos distorsionados que se tienen sobre el agresor de violencia de género.

Objetivos específicos 3:

- 3.a** El instrumento incluirá características individuales, sociales, conductuales, cognitivas, emocionales, de personalidad y de pronóstico de cambio, relacionadas con el supuesto perfil del maltratador y las circunstancias que lo rodean.
- 3.b** Evaluar si todas las características y circunstancias que rodean al agresor de violencia de género son conocidas por igual.
- 3.c** Evaluar si los pensamientos distorsionados sobre los maltratadores están relacionados con algunas variables sociodemográficas, en especial con la falta de formación académica.

Hipótesis 3:

- 3.a** Los datos obtenidos en las puntuaciones de la escala se relacionarán con los obtenidos en otras escalas que midan estereotipos relacionados con la mujer y el uso legítimo de la violencia para resolver conflictos, y sexismo ambivalente. Los pensamientos distorsionados en torno a la mujer y el uso de la violencia se han medido con el IPDMUV-R (Echeburúa et al. 1998) y el sexismo ambivalente con el Ambivalent Sexism Inventory (ASI; Glick y Fiske, 1996).

3.b Los pensamientos distorsionados sobre el hombre potencialmente violento contra las mujeres, estarán presentes en víctimas, los propios agresores, estudiantes (futuros profesionales) y profesionales en ejercicio. Los pensamientos distorsionados en torno al perfil del agresor y las circunstancias que lo rodean, deben estar relacionados con otros pensamientos distorsionados (acerca de la mujer y la tolerancia en el uso de la violencia) y que han sido constatados en el marco teórico. En este trabajo se analizarán los resultados obtenidos por la muestra de estudiantes y sus familiares.

3.c Las puntuaciones de la escala mostrarán diferencias al compararlas en función de algunas variables sociodemográficas (al menos en sexo, edad y nivel de estudios). Los pensamientos distorsionados en torno a la violencia de género suelen tener mayor prevalencia en el género masculino (Díaz-Aguado et al., 2011; Ferrer et al., 2006; Ubillos et al., 2017), tienden a atenuarse con la edad (Ubillos et al., 2017) y se correlacionan negativamente con la formación o el nivel de estudios (DGPVG, 2012, 2015; Ferrer et al., 2006).

Objetivo principal 4: Evaluar si la introducción de contenidos que permiten el aprendizaje y desarrollo de habilidades emocionales mejoran la efectividad de los programas.

Objetivo específico 4: Analizar si las investigaciones evalúan variables relacionadas con la salud y el estado de bienestar de los agresores como variables de resultado, y verificar si este efecto positivo de la intervención emocional se utiliza para mejorar la motivación hacia la terapia.

Hipótesis 4:

- 4.a** Los programas de intervención dirigidos a agresores en el ámbito de la violencia de género que obtienen mejores resultados son los llamados programas cognitivo-conductuales, a pesar de que también incluyen aspectos emocionales. Esto se ha visto reflejado en varias de las revisiones sistemáticas y meta-análisis llevadas a cabo (Arce et al., 2020; Arias et al., 2013; Babcock et al., 2004).
- 4.b** La introducción de aspectos emocionales en estos programas de intervención con agresores mejora su efectividad. La carencias en habilidades emocionales de los agresores se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios (Arce et al., 2009; Expósito-Álvarez et al., 2021; Mora-Pelegri, 2009; Pu et al., 2022; Rodríguez-Espartal y López-Zafra, 2013; Romero-Martínez et al., 2023; Sordi, 2015; Winters et al., 2004), aunque se recomienda el planteamiento de más investigaciones de tipo longitudinal y seguimientos a largo plazo, para analizar la variabilidad de respuestas y constatar la efectividad de los programas (Cantillo-Cordero y Moreno-Manso, 2020).

- 4.c** Entre las destrezas emocionales que incorporan las propuestas de intervención destacan el aprendizaje de habilidades relacionadas con la empatía y la Inteligencia Emocional. La relevancia de estas variables se constata en trabajos que analizan los contenidos de los programas terapéuticos (Arce et al., 2009; Graña et al., 2017; Mora-Pelegrín et al., 2010; Muñoz y Chaves, 2013).
- 4.d** La efectividad de los programas de intervención suele evaluarse mediante la reducción de la reincidencia o la mejora en las variables cognitivo-conductuales que se ejercitan, dejando a un lado otros aspectos como los beneficios personales para los agresores (como mejoras en la salud, estado de bienestar e integración social). El hecho de haber ejercido la violencia y ser condenado influye negativamente en la salud mental del agresor (López, 2012). Por otro lado, en la evaluación de la propuesta de intervención, los participantes satisfechos con los programas manifiestan haber obtenido beneficios en la esfera personal y social (Sordi, 2015).
- 4.e** Los resultados en su conjunto y en especial la constatación de una mejora en el estado de salud de los agresores que participen del entrenamiento en empatía e IE, permitirán el diseño de estrategias motivacionales dirigidas a mejorar la adhesión al tratamiento terapéutico y generar un propósito genuino para el cambio. La eficacia de las estrategias motivacionales se ha visto reflejada, entre otras variables, en la reducción del abandono de la intervención y mejora de la alianza terapéutica (Santirso, Gilchrist et al., 2020; Santirso, Lila et al., 2020) y en la motivación para el cambio (Lila et al., 2018).

A continuación se añade una tabla donde aparecen resumidos los objetivos e hipótesis de los cuatro trabajos que componen esta tesis doctoral (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de los objetivos e hipótesis de la tesis doctoral.

Objetivo general de la TESIS: Construir escalas que permitan medir factores de riesgo individuales asociados a la VG y evaluar la efectividad de las propuestas de intervención emocional con agresores de VG.		
Objetivos principales	Objetivos específicos	Hipótesis
1. Construir una escala para evaluar la disposición para perdonar en población española	1a: Medir el perdón en las tres dimensiones teóricas: perdón "hacia el otro", "hacia uno mismo" y "a las situaciones" 1b: Analizar los tipos de respuesta que integran el perdón, las direcciones del cambio y la orientación de sus acciones	1a: Las puntuaciones obtenidas de esta nueva escala, estarán relacionadas con las de otros instrumentos que midan perdón 1b: Las puntuaciones de la escala estarán relacionadas con beneficios para la salud y la experimentación de emociones positivas y negativas 1c: Las puntuaciones de la escala mostrarán diferencias al compararla en función de algunas variables sociodemográficas (VSD)
2. Construir una escala que permita medir el manejo de la capacidad de empatizar	2a: Recoger en las dimensiones de la escala, las fases del proceso empático: identificación, incorporación, reverberación y separación 2b: Incluir en el instrumento la proyección (capacidad de generar emociones en los demás)	2a: Las puntuaciones de la escala se relacionarán con las de otras escalas que midan nivel de empatía y regulación emocional (rama de la IE) 2b: Las correlaciones más altas se darán entre las dimensiones que indican mejor gestión emocional (EME: reverberación, separación y proyección / IE: regulación) 2c: La posible correlación entre el nivel de empatía y el manejo de la misma no será excesivamente alta (dimensiones diferentes del constructo) 2d: El manejo de empatía será un buen predictor de la IE y del nivel de empatía 2e: Las puntuaciones de la escala mostrarán diferencias al compararla en función de algunas VSD (sexo, edad y creencias religiosas)
3. Construir una escala que permita medir los pensamientos distorsionados sobre el agresor de violencia de género	3a: El instrumento incluirá características individuales, sociales, conductuales, cognitivas...y de pronóstico de cambio (perfil del maltratador) 3b: Evaluar si todas las características y circunstancias que rodean al agresor de violencia de género son conocidas por igual. 3c: Evaluar si los estos pensamientos distorsionados están relacionados con algunas VSD (en especial con la falta de formación académica).	3a: Estos mitos se relacionarán con estereotipos acerca de la mujer, el uso legítimo de la violencia para resolver conflictos, y sexismo ambivalente. 3b: Los pensamientos distorsionados sobre el agresor estarán presentes en víctimas, agresores, estudiantes y profesionales en ejercicio. 3c: Las puntuaciones de la escala mostrarán diferencias al compararla con VSD (al menos en sexo, edad y nivel de estudios).
4. Evaluar si la introducción de contenidos que permiten el aprendizaje de habilidades emocionales mejoran la efectividad de los programas	4: Analizar si las investigaciones evalúan variables relacionadas con la salud y el estado de bienestar de los agresores como variables de resultado, y verificar si este efecto positivo de la intervención emocional se utiliza para mejorar la motivación hacia la terapia	4a: Los programas de intervención que obtienen mejores resultados son de enfoque cognitivo-conductual (también incluyen aspectos emocionales). 4b: La introducción de aspectos relacionados con habilidades emocionales mejoran la efectividad de los programas 4c: Entre las destrezas emocionales que incorporan las propuestas de intervención destacan habilidades relacionadas con la empatía y la IE 4d: La efectividad suele evaluarse con datos de reincidencia o mejoras en variables cognitivo-conductuales (los beneficios en la salud de los agresores no se tienen en cuenta) 4e: La constatación de la mejora de la salud de los agresores permitirán el diseño de estrategias motivacionales dirigidas a mejorar la adhesión al tratamiento

III. PARTE EMPÍRICA.

MEMORIA DE TRABAJOS

Capítulo 7. Escala de Disposición para Perdonar

ESTUDIO 1

Mora-Pelegri n, M., Vázquez, M., Aranda, M., Montes-Berges, B. y Armenteros-Martínez, Elena (en revisión). Creación y Validación de la Escala de Disposición para Perdonar. *Acción Psicológica*.

Construcción y Validación de la Escala de Disposición para Perdonar

Resumen

El objetivo de este estudio fue la construcción y validación de la Escala de Disposición para Perdonar, incorporando las diferentes dimensiones y orientaciones de respuesta que integran el perdón. El primer estudio (209 participantes) describió el proceso de generación de los ítems y realizó un análisis exploratorio que arrojó una estructura de dos factores: “perdón a uno mismo y a las situaciones” y “perdón al otro”. El segundo estudio (245 participantes) analizó la validez de constructo a través de un análisis confirmatorio de los factores, de la consistencia interna y de las correlaciones con otras escalas utilizadas para evaluar la validez convergente. El resultado fue una escala compuesta por 13 ítems, con adecuadas propiedades psicométricas. La Escala de Disposición para Perdonar mostró una asociación positiva con otros instrumentos que miden perdón, autoestima y satisfacción personal, y evidenció su capacidad para medir el perdón disposicional en población española. La aplicación de la escala facilitará el ajuste de la intervención terapéutica para que la disposición a perdonar deje de ser un factor de vulnerabilidad para la persona dañada.

Palabras clave: escala, perdón disposicional, salud, intervención.

Construction and Validation of the Willingness to Forgive Scale

Abstract

The aim of this study was the construction and validation of the Willingness to Forgive Scale, incorporating the different dimensions and response orientations that integrate the forgiveness. The first study (209 participants) described the item generation process and conducted an exploratory analysis that yielded a two-factor structure: “forgiveness of self and situations” and “forgiveness of others”. The second study (245 participants) analyzed construct validity through confirmatory factor analysis, internal consistency and correlations with other scales used to assess convergent validity. The result was a scale composed of 13 items, with adequate psychometric properties. The Willingness to Forgive Scale showed a positive association with other instruments. The Willingness to Forgive Scale showed a positive association with other instruments measuring forgiveness, self-esteem and personal satisfaction, and evidenced its capacity to measure dispositional forgiveness in the Spanish population. The application of the scale will facilitate the adjustment of the therapeutic intervention so that the willingness to forgive ceases to be a factor of vulnerability for the damaged person.

Key words: scale, dispositional forgiveness, health, intervention.

Introducción

La investigación sobre el perdón no ha dejado de crecer en las últimas décadas (Guzmán-González et al., 2021; Li et al., 2020). Este interés por el estudio de los procesos implicados en la disposición que tienen las personas para perdonar, está asociado al impacto positivo que tiene tanto en la propia salud y estado de bienestar como en las relaciones interpersonales (Woodyatt & Wenzel, 2019; Worthington & Wade, 2019). Diferentes estudios constatan la asociación existente entre el perdón y el aumento de la salud física y mental, del bienestar y satisfacción vital, y de las relaciones interpersonales (Fahimadanesh et al., 2020; Gismero-Gonzalez et al., 2019; Lee & Enright, 2019). Además, el perdón ocupa un lugar destacado en las intervenciones psicológicas actuales que tratan de restaurar el bienestar de la persona dañada (Ho et al., 2024; Wade y Tittler, 2020; Yu et al., 2021).

A pesar de la importancia adquirida por el perdón en diferentes contextos de la investigación, no existe todavía un consenso amplio en torno a los procesos implicados (Worthington, 2019). Sin embargo, la mayoría de autores convergen en que el perdón es un proceso cambiante que incluye cambios a nivel cognitivo y emocional (Worthington, 2019). Una de las propuestas conceptuales más aceptadas es la de Lawler-Row et al. (2007), quienes entienden el perdón según tres dimensiones: el tipo de respuesta (pensamiento, emoción o conducta), la dirección del cambio (reducción de respuestas negativas o búsqueda de respuestas positivas) y la orientación (intrapersonal e interpersonal).

Otro aspecto de este interés creciente por el perdón pone el foco de atención en la necesidad de paliar la escasez de instrumentos de medida que han sido diseñados en español (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Fernández-

Capo et al., 2017; Guzmán et al., 2014; Kasprzak et al., 2023; Menghi et al., 2017; Rosales-Sarabia et al., 2017). Entre los que evalúan el perdón episódico (respuesta a una acción concreta) destaca el *Transgression-Related Interpersonal Motivations Inventory* (TRIM-12; McCullough et al., 1998). Esta escala fue diseñada para evaluar dos dimensiones del perdón: evitación y venganza. Posteriormente, se añadió la dimensión de benevolencia, dando lugar a una nueva versión, el TRIM-18 (McCullough et al., 2006). Esta escala ha sido validada en el contexto chileno por Guzmán et al. (2014), y en el contexto español por Fernández-Capo et al. (2017), presentando índices adecuados de fiabilidad y validez. En este grupo, una escala que fue diseñada y validada en el contexto mexicano es la *Escala del Perdón* (Vargas-Núñez & Pozos-Gutiérrez, 2005). La escala está formada por 43 ítems que se agrupan en 12 factores, pero su utilización ha sido bastante limitada, presentó indicadores de fiabilidad moderados y no se han replicado los factores originales en muestras diferentes (Rosales-Sarabia et al., 2017). Otras escalas que miden el perdón episódico son el *Enright Forgiveness Inventory* (EFI-30; versión reducida de la escala original de Enright et al., 2021), la *Forgiveness Scale* (FS) y la *Forgiveness Likelihood Scale* (FLS), ambas de Rye et al. (2001), la *Decisional Forgiveness Scale* (DFS) y la *Emotional Forgiveness Scale* (EFS), ambas de Worthington et al. (2007). Algunas han sido validadas en el idioma español: la FLS ha sido evaluada en el contexto argentino (Menghi et al., 2017) y en el contexto peruano (Caycho-Rodríguez et al., 2018), con evidencias psicométricas adecuadas; y la EFI-30 ha sido validada en el contexto español (Kasprzak et al., 2023; Fariña et al., 2023), mostrando un buen ajuste a la estructura original y adecuados índices de fiabilidad y validez.

Entre las escalas que miden el perdón diádico (respuesta en una relación específica) encontramos la *Interpersonal Resolution Scale* (IRRS;

Hargrave & Sells, 1997), la *Marital Forgiveness Scale* (MFS; Fincham & Beach, 2002), el *Cuestionario de Perdón en Divorcio-Separación* (CPD-S; Yárnoz-Yaben & Comino, 2012), la *Escala del Perdón en la Relación de Pareja* (Rosales-Sarabia, 2013), y la *Escala del Resentimiento hacia la Pareja* (Rosales-Sarabia et al., 2018). El CPD-S es un instrumento creado y validado en el contexto español para medir la influencia del perdón en la adaptación a los procesos de separación y divorcio entre progenitores; compuesto por 5 ítems, distribuidos en un único factor que explica el 48% de la varianza total, con buena consistencia interna ($\alpha = .77$) y adecuada validez de constructo. La Escala del Perdón en la Relación de Pareja creada y validada en origen en el contexto mexicano, fue posteriormente actualizada (Rosales-Sarabia et al., 2017) y dió origen al diseño de una nueva escala (*Escala del Perdón hacia la Pareja*; Rosales-Sarabia et al., 2018). Esta nueva versión de la escala ha sido validada en el contexto peruano (Arias Gallegos et al., 2023). Finalmente, la Escala del Resentimiento hacia la Pareja ha sido creada y validada en el contexto mexicano para medir la dimensión negativa del perdón (el resentimiento) de forma independiente y complementar la medición de la Escala del Perdón hacia la Pareja, diseñada en el mismo estudio.

Finalmente, entre los instrumentos que miden el perdón disposicional (rasgo estable) destacamos la *Heartland Forgiveness Scale* (HFS, Thompson et al., 2005), que consta de 18 ítems, distribuidos en tres subescalas que evalúan la disposición a perdonarse a uno mismo, a los demás y a las situaciones que escapan del control individual. Esta escala ha sido validada en el contexto argentino, español y chileno. La versión argentina es la *Escala de Capacidad de Perdón* (CAPER; Casullo & Fernandez-Liporacce, 2005), la versión española (Gallo-Giunzioni et al., 2021) la hemos empleado en este estudio, y la versión chilena (Guzmán-González et al., 2021) muestra una estructura de seis

factores, al subdividir los tres de la escala original en dimensiones positivas y negativas. Otras escalas que miden el perdón como un caracaterística estable de la personalidad son el *Transgression Narrative Test of Forgivingness* (TNTF; Berry et al., 2001), la *Trait Forgiveness Scale* (TFS; Berry et al., 2005), la *Escala de Perdón* (VAPPER 490; Aranda et al., 2014) y la *Escala de Actitud para Perdonar* (EAP; Mora-Pelegrín et al., 2017). La VAPPER 490 fue creada y validada en el contexto peruano, tomando como modelo escalas que miden el perdón disposicional (HFS y CAPER) y el perdón diádico (el IRRS); constituida por 42 ítems que se aguparon en una estructura con los tres factores teóricos y con adecuadas consistencia interna ($\alpha = .88$ para la escala global, y $\alpha = .76$, $\alpha = .84$ y $\alpha = .63$ para los diferentes factores) y validez de constructo. Por su parte, la EAP fue diseñada en el contexto español y tuvo como referencia los modelos de Lawler-Row et al. (2007) y de Thompson et al. (2005); resultó una escala de 11 ítems, que se agrupaban en dos factores (el factor “perdón a las situaciones” no aparecía), cuyos índices de fiabilidad fueron de $\alpha = .82$ para la escala global, y de $\alpha = .84$ y $\alpha = .50$ para los respectivos factores, y que mostró una relación predictiva con perdón y satisfacción en la pareja.

En términos generales, la proliferación de instrumentos para medir el perdón ha podido influir de forma negativa en su utilización, puesto que son pocos los que presentan características psicométricas rigurosas y han sido utilizados en otros estudios (Mora-Pelegrín et al., 2017). Sin embargo, y a pesar de su importancia en el ámbito de la investigación y de la intervención clínica, los instrumentos de medida del perdón que se encuentran disponibles en español son todavía escasos (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Fernández-Capo et al., 2017; Guzmán et al, 2014; Kasprzak et al., 2023; Menghi et al., 2017; Rosales-Sarabia et al., 2017). Además, su uso está poco extendido en muestras clínicas, en parejas tanto satisfechas como con problemas en la

relación o en distintos ámbitos como el de la violencia de género (Vázquez et al., 2017). En este sentido, y teniendo en cuenta la influencia del contexto cultural en la disposición para perdonar y en las emociones que se experimentan (Lin et al., 2014), creemos de vital importancia disponer de instrumentos que permitan medir el perdón en población hispano-hablante, creados con la intención de recoger la idiosincrasia de esta cultura y que no sean una mera traducción de las escalas existentes de origen anglosajón.

En línea con este argumento, el objetivo de este estudio es la construcción y validación de una escala, escrita y diseñada en español, para evaluar la disposición general que tienen las personas para perdonar. La Escala de Disposición para Perdonar (EDP) tiene su base en la concepción multidimensional del perdón, integra la perspectiva propuesta por Lawler-Row et al. (2007) que consideran el perdón como una disposición a responder a las trasgresiones sufridas experimentando cambios en tres dimensiones (tipo de respuesta, dirección de cambio y orientación de las acciones), y enfoca esta experiencia desde la perspectiva del perdón al otro, a uno mismo y a las situaciones que escapan a nuestro control (Thompson et al., 2005).

Materiales y método

Dos estudios se llevaron a cabo en el desarrollo de esta investigación. El primero fue un estudio piloto que describió el proceso de generación de los ítems del instrumento, integrando los modelos teóricos referidos en el apartado anterior, el análisis exploratorio de la estructura factorial de la escala (AFE) y propiedades psicométricas descriptivas. El segundo estudio analizó la validez de constructo a través de un análisis confirmatorio de los factores (AFC), la consistencia interna y las correlaciones con otros instrumentos utilizados para evaluar la validez convergente de la escala.

Estudio 1

Participantes

En total, 209 participantes de Andalucía (España) fueron seleccionados mediante muestreo intencional controlado (62.4% mujeres y 37.6% hombres). La edad osciló entre 19 y 67 años ($M = 38.7$, $SD = 12.1$).

Generación y desarrollo de ítems para la escala de disposición a perdonar.

Para la creación y validación de la escala se siguieron las recomendaciones metodológicas de Muñiz & Fonseca-Pedrero (2019). Se creó un grupo inicial de 45 ítems, basados en los principales fundamentos teóricos del perdón. Los ítems generados representaban cambios en procesos cognitivos, emocionales y de conducta que intervienen en la experiencia de perdonar, y abarcaban la disposición a perdonar a otros, a uno mismo y a las situaciones. Los 45 ítems iniciales fueron evaluados por tres expertos en psicología social y con experiencia en procesos interpersonales e intervenciones clínicas, que evaluaron su idoneidad, claridad y su nivel de representatividad de cada dimensión teórica. Como resultado de este proceso, se eliminaron 19 ítems por no tener un índice de adecuación superior al 80% y se modificó la redacción de ocho elementos. Los 26 ítems restantes en esta revisión se consideraron claros, precisos y adecuados.

Procedimiento

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética con Humanos de la Universidad de Jaén. Se facilitó a los participantes información sobre la investigación y sus derechos (objetivos, identificación de investigadores, anonimato, etc.). Los participantes solo podían participar si

firmaban el formulario de consentimiento informado y tenían al menos 18 años de edad. El tiempo medio de finalización fue de 20 min.

Análisis estadístico

La dimensionalidad y la validez de constructo se calcularon mediante análisis factorial exploratorio (AFE) de los componentes principales con rotación Varimax. La solución final se basó en los siguientes criterios: número apropiado de dimensiones de acuerdo con los antecedentes teóricos, > 50% de la varianza explicada y cargas de ítems de > .400. Se analizaron las correlaciones entre factores y se calcularon estadísticas descriptivas (promedio y desviación estándar). La consistencia interna se analizó con el alfa de Cronbach.

Resultados del Estudio 1

La fiabilidad de la escala con todos los ítems (26) alcanzó un $\alpha = .65$. Se eliminaron los ítems cuya correlación con el total fue negativa o aquellos que tras su exclusión mejoraba la consistencia interna (ítems 1, 6, 8, 12-16, 19-22 y 24), aumentando la fiabilidad a .87. Posteriormente, el AFE arrojó como solución final un modelo con 13 ítems que explicaba el 50.19% de la varianza total y que contemplaba 2 factores, en los que saturaban todos los ítems > .400: el factor de “perdón a uno mismo y a las situaciones” (ítems 2-3, 7, 9-11, 17-18, 25-26) y el “perdón al otro” (ítems 4-5, 23) (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis factorial de la Escala de Disposición para Perdonar (EDP) en 2 factores.

Ítem	Factor 1	Factor 2
Ítem 2	.632	
Ítem 3	.649	
Ítem 4		.867
Ítem 5		.617
Ítem 7	.703	
Ítem 9	.587	
Ítem 10	.714	
Ítem 11	.651	
Ítem 17	.736	
Ítem 18	.701	
Ítem 23		.815
Ítem 25	.678	
Ítem 26	.516	

La fiabilidad de cada una de estas subescalas presentaba un $\alpha = .87$ y $\alpha = .70$, respectivamente, reflejando una buena consistencia interna. También se observa que las correlaciones bivariadas entre los ítems de la EDP son significativas, la correlación elemento/total presenta valores aceptables y que los índices de curtosis y asimetría oscilaron entre $-.38$ a $-.95$ y entre $.81$ a $-.13$, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones bivariadas y estadísticos descriptivos de los ítems.

Ítem	2	3	4	5	7	9	10	11	17	18	23	25	26
2 Es muy duro para mí pasar página de las situaciones desagradables que he vivido	1												
3 No puedo dejar de pensar en las situaciones negativas que he vivido	.53	1											
4 cuando una persona me ha hecho algo que creo que no está bien, intento devolvérsela	.19	.28	1										
5 cuando una persona me hace daño, sigo pensando mal de ella durante mucho tiempo	.31	.21	.40	1									
7 siento resentimiento hacia mí misma/o por las cosas negativas que he hecho	.44	.45	.16	.29	1								
9 no soy capaz de perdonarme si cometo errores que dañan a otras personas	.32	.31	.21	.26	.43	1							
10 sigo sintiéndome mal por las situaciones que me hicieron daño en el pasado	.36	.37	.10	.29	.41	.40	1						
11 con frecuencia me permito pensar de manera negativa ante las situaciones dolorosas de mi vida	.38	.42	.20	.33	.42	.33	.54	1					
17 no paro de criticarme por los fallos que he cometido en mi vida	.40	.46	.26	.30	.49	.39	.45	.43	1				
18 No soy capaz de perdonarme si cometo errores aunque solo me afecten a mí	.33	.44	.23	.28	.43	.41	.40	.35	.69	1			
23 Me gustaría que le pasara algo malo a la persona que me ha hecho daño	.17	.24	.57	.36	.21	.18	.17	.28	.30	.26	1		

25Es muy difícil para mí perdonarme cuando meto la pata	.32	.38	.15	.23	.38	.33	.43	.42	.50	.49	.30	1	
26Con frecuencia, me compadezco de mis propios errores	.34	.27	.15	.15	.29	.20	.31	.30	.32	.34	.26	.43	1
Media	2.87	2.62	2.33	3.04	2.75	2.98	2.93	2.90	2.41	2.44	2.08	2.64	2.95
SD	1.12	1.11	1.15	1.19	1.15	1.15	1.14	1.12	1.16	1.12	1.18	1.09	1.06
Curtosis	-.86	-.84	-.77	-.95	-.92	-.85	-.94	-.81	-.73	-.61	-.38	-.69	-.50
Asimetría	.05	.16	.44	-.05	.08	-.01	.07	-.03	.46	.45	.81	.23	-.13
Correlación elemento/total	.546	.583	.383	.452	.589	.501	.566	.590	.676	.624	.435	.583	.438

Estudio 2

Participantes

En total, 245 participantes de Andalucía (España) fueron seleccionados mediante muestreo intencional controlado (64.4 mujeres y 35.6% hombres). La edad osciló entre 19 y 68 años ($M = 38.9$, $SD = 13.3$). Respecto a la orientación política, el 43.6% se consideraban “de izquierdas”, el 21.8% “de centro”, el 18.9% apolíticos, el 10.6% “de derechas” y el 5% no respondieron. Finalmente, el 61% de los participantes afirmaron tener creencias religiosas, el 36.1% reflejó no tenerlas y el 2.9% no contestaron.

Instrumentos

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1964; adaptación al español de Atienza et al., 2000). Compuesta por 10 ítems enfocados en el sentimiento de satisfacción que una persona tiene de sí misma. El formato de respuesta de la escala es tipo Likert de 4 puntos. La estructura unifactorial propuesta por el autor ha sido apoyada por estudios previos. La consistencia interna de la escala en estos estudios es adecuada y

el coeficiente Alpha de Cronbach fluctúa entre $\alpha = .72$ y $\alpha = .88$. La validez de constructo es apoyada por la correlación negativa con la depresión y la inseguridad.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener et al., 1985; traducida por Reyes-Torres y validada por Atienza et al., 2000). Evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con sus vidas. Compuesta por 5 ítems que se valoran con una escala Likert de 7 puntos. La escala ha mostrado una alta consistencia interna con unos Alpha de Cronbach que oscilan entre $\alpha = .79$ y $\alpha = .89$ y una apropiada validez de constructo al correlacionarse de forma positiva con medidas de bienestar y de forma negativa con medidas clínicas de distrés.

Escala de perdón Heartland (HFS; Thompson et al., 2005). Consta de 18 ítems, distribuidos en tres subescalas que evalúan la disposición a perdonarse a uno mismo, a los demás y a situaciones que escapan del control individual. El tipo de respuesta es tipo Likert de 7 puntos. El instrumento muestra una adecuada validez de constructo al correlacionarse directamente con la salud y la satisfacción vital. La fiabilidad de esta escala se sitúa entre un $\alpha = .84$ y un $\alpha = .87$ para su valor total, y entre un $\alpha = .72$ y un $\alpha = .82$ para sus tres factores. En este estudio se utilizó la versión validada en el contexto español realizada por Gallo-Giunzioni et al. (2021). Esta versión ha reducido la escala a 8 ítems (todos ellos de redacción negativa), pero manteniendo un buen ajuste a la estructura factorial original, y mostrando una consistencia interna aceptable (índice de fiabilidad compuesta CR, de 0.78, 0.87 y 0.62 para cada factor de la escala) e índices adecuados de validez convergente, discriminante y de criterio.

Procedimiento

Se llevó a cabo el mismo procedimiento que el descrito en el estudio 1. En este segundo estudio, la EDP se entregó a los participantes, junto con las escalas HFS, RSES y SWLS, de forma contrabalanceada. El tiempo medio de finalización fue de 25 min.

Análisis estadístico

El análisis factorial confirmatorio (AFC) del modelo propuesto se realizó mediante el paquete estadístico EQS 6.1 para Windows y se usó el procedimiento de estimación de máxima verosimilitud. La valoración del ajuste del modelo del AFC se llevó a cabo mediante la utilización de la prueba Chi-cuadrado. Los índices seleccionados fueron: los índices absolutos Goodness-of-Fit Index (GFI), Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) y Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), el índice de Ajuste Comparativo (CFI) y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).

Para comprobar la validez de constructo se realizaron análisis de correlaciones parciales entre las puntuaciones de la EDP y las puntuaciones globales de la HFS, RSES y SWLS.

Por último, se realizaron ANOVAs para explorar la disposición para perdonar atendiendo a diferentes variables sociodemográficas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.27 y el EQS 6.1. para Windows.

Resultados del Estudio 2

Una vez realizado el AFC, el modelo propuesto mostró una bondad de ajuste del modelo robusta: $\chi^2 = 268.92$, $p = .000$; CFI = .90, GFI = .87, SRMR = .058, RMSEA = .089.

El cálculo de la consistencia interna utilizando el alfa de Cronbach arrojó un alfa total de .88, la dimensión de “perdón a uno mismo y a las situaciones”, y la dimensión de “perdón al otro” fueron, respectivamente, de $\alpha = .92$ y $\alpha = .70$.

En cuanto al análisis de correlación entre la EDP, HFS, RSES y SWLS, los resultados mostraron una correlación significativa entre la actitud para perdonar medida con la EDP y el perdón medido con la HFS ($r = .688, p = .000$), y entre la disposición para perdonar y la autoestima, por un lado, y la satisfacción con la vida por otro ($r = .380, p \leq .001$ y $r = .254, p \leq .001$, respectivamente) (Tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones entre las escalas EDP, HFS, RSES, SWLS.

Sub/Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 EDP* Total	1								
2 EDP SitYo	.960**	1							
3 EDP Otros	.653**	.414**	1						
4 HFS Total	.688**	.640**	.501**	1					
5 HFS Yo	.657**	.660**	.349**	.817**	1				
6 HFS Otros	.485**	.389**	.520**	.805**	.425**	1			
7 HFS Sit	.494**	.476**	.315**	.771**	.487**	.465**	1		
8 RSES	.380**	.367**	.242**	.356**	.401**	.158**	.300**	1	
9 SWLS	.254**	.252**	.142**	.354**	.345**	.218**	.290**	.358**	1

*Abreviaturas: EDP (Escala de Disposición para Perdonar); SitYo (situación y uno mismo); HFS (Heartland Forgiveness Scale); RSES (Escala de Autoestima de Rosenberg); SWLS (Escala de Satisfacción con la Vida).

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

Finalmente, los resultados de los ANOVA mostraron que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones totales de la escala ni tampoco en la dimensión de actitud para perdonar a uno mismo y a las situaciones. Sin embargo, en el caso de la subescala del perdón hacia el otro, se encontró que las mujeres mostraban mayor actitud para perdonar a otras personas que los hombres, $F(1, 448) = 8.35, p = .004$. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales de la EDP ni en sus escalas, dependiendo de la edad o de la orientación política. Sí se encontraron diferencias significativas en relación a si eran o no creyentes. En este sentido, las personas con creencias religiosas mostraban mayor actitud para perdonar a los otros que las que no lo eran, $F(1, 439) = 7.44, p \leq .001$, (no existían diferencias en las puntuaciones totales ni en el factor de perdón uno mismo y a las situaciones) (Tabla 4).

Tabla 4. Medias y Desviaciones Típicas de las variables analizadas.

Sexo	M	DT	Edad	M	DT
<i>EDP Total</i>			<i>EDP Total</i>		
Hombre	3.28	.72	20-30	3.25	.73
Mujer	3.33	.69	31-40	3.38	.69
			41-50	3.35	.64
			51-60	3.27	.70
<i>EDP SitYo</i>			<i>EDP SitYo</i>		
Hombre	3.26	.77	20-30	3.19	.80
Mujer	3.25	.74	31-40	3.33	.74
			41-50	3.29	.68
			51-60	3.19	.77
<i>EDP Otros</i>			<i>EDP Otros</i>		
Hombre	3.34	.93	20-30	3.44	.95
Mujer	3.60	.92	31-40	3.53	.86
			41-50	3.55	.93
			51-60	3.55	.98

Creencia religiosa	<i>M</i>	<i>DT</i>	Orientación política	<i>M</i>	<i>DT</i>
<i>EDP Total</i>			<i>EDP Total</i>		
Sí	3.33	.67	Izquierda	3.36	.73
No	3.27	.74	Centro	3.28	.67
			Derecha	3.23	.67
			Apolítico	3.28	.67
<i>EDP SitYo</i>			<i>EDP SitYo</i>		
Sí	3.25	.75	Izquierda	3.30	.79
No	3.25	.77	Centro	3.23	.72
			Derecha	3.17	.73
			Apolítico	3.23	.72
<i>EDP Otros</i>			<i>EDP Otros</i>		
Sí	3.60	.85	Izquierda	3.55	.98
No	3.37	1	Centro	3.47	.84
			Derecha	3.44	.92
			Apolítico	3.47	.92

Discusión

Los potenciales beneficios para la salud cuando se experimenta la respuesta de perdonar, tanto en el plano intrapersonal como en el interpersonal, han suscitado un gran interés al considerar esta variable como una opción terapéutica (Ho et al., 2024; Wade y Tittler, 2020; Yu et al., 2021). A pesar de la importancia creciente por el perdón en diferentes contextos de la investigación y de la proliferación de instrumentos de medida (la mayoría de origen anglosajón), son todavía escasos los que han sido diseñados en español (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Fernández-Capo et al., 2017; Guzmán et al., 2014; Kasprzak et al., 2023; Menghi et al., 2017; Rosales-Sarabia et al., 2017). Por todo ello, el objetivo de este estudio fue la construcción y validación de la Escala de Disposición para Perdonar (EDP), generada en el contexto español, y que abarcara las diferentes dimensiones y orientaciones

de respuesta, según defienden las principales concepciones teóricas que integran este constructo.

Los resultados arrojaron una escala final de 13 ítems agrupados en dos factores, la disposición a “perdonar a uno mismo y a las situaciones”, y a “perdonar al otro”. La EDP, mostró propiedades psicométricas apropiadas, en cuanto a fiabilidad y validez. En relación con el modelo teórico de referencia, esta estructura agrupaba los ítems de los factores “perdón a uno mismo” y “perdón a las situaciones” en un único factor. Este resultado está en consonancia con otros estudios donde no se replica fielmente la estructura factorial de algunas escalas cuyo origen son las tres dimensiones esperadas (Mora-Pelegrín et al., 2017; Rosales-Sarabia et al., 2017). No obstante, una reflexión teórica sobre aspectos relacionados con las dimensiones de este constructo podría explicar esta reagrupación de factores. En primer lugar, si bien el perdón entendido como una respuesta orientada hacia uno mismo (nivel intrapersonal) o hacia otros (nivel interpersonal) está claramente delimitado, no ocurre lo mismo con el perdón “a las situaciones que escapan a nuestro control”, factor que resulta algo más confuso. En segundo lugar, si entendemos el perdón como un proceso, la persona podría “cambiar de enfoque” y perdonarse a ella misma por los errores cometidos y las situaciones adversas de su entorno que le causan malestar. En este sentido, el perdón “a las situaciones” no sería claramente independiente ni equidistante de las otras dos dimensiones, sino más bien, un factor asociado a las situaciones en las que la persona se siente responsable de algún suceso que no supo tener bajo control, del que no sabe cómo “pasar página” y, por tanto, más cercano a “perdonarse así misma”. En último lugar, parece evidente que la disposición para perdonar puede variar en el tiempo y en diferentes situaciones (e.g., agresión de un desconocido, infidelidades, acoso

laboral o violencia de género), por lo que reducir el perdón a un rasgo estable de personalidad parece insuficiente para comprender comportamientos individuales en contextos específicos.

Finalmente, los resultados reflejan la existencia de diferencias significativas en la actitud para perdonar asociadas al sexo y la creencia religiosa (al menos en la dimensión “perdón al otro”) y la inexistencia de diferencias en relación a la edad y la orientación política. Estos datos parecen estar en consonancia con los observados en otros estudios donde se muestra que las mujeres perdonarían más que los hombres (Garzón & Barahona, 2018; Maganto & Garaigordobil, 2010) y la influencia que tienen las creencias religiosas (Lutjen et al., 2012; Tsang et al., 2005), pero no reflejarían que la tendencia a perdonar aumentara con la edad (Guzmán et al., 2014; Steiner et al., 2011). Discrepancia que, sin embargo, también han mostrado otros autores (Morales & Arias, 2014).

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que la escala EDP posee propiedades psicométricas adecuadas y puede ser usada con garantías para evaluar diferentes dimensiones de la disposición para perdonar en población española. Además, supone la incorporación de una herramienta creada en español que permitirá paliar la escasez de instrumentos para medir el perdón que se encuentran disponibles en nuestra lengua, sensibles a los matices del idioma y cercanos a nuestra realidad cultural, y que no sean una traducción o validación de otras escalas de origen anglosajón.

Por otro lado, la aplicación de la escala facilitará la detección de casos donde la persona tiene dificultades para equilibrar su disposición a perdonar “a otros” y su disposición para perdonarse “a ella misma”, desequilibrio que

le dificultará gestionar los sentimientos de culpa, poder “pasar página” y seguir con su vida. El ajuste de la intervención terapéutica a estas dificultades individuales facilitará que la disposición a perdonar deje de ser un factor de vulnerabilidad para la persona.

Respecto a las limitaciones, la primera y más destacada tiene que ver con el número de los participantes que estuvo cerca del mínimo recomendado para este tipo de estudios, la escasa heterogeneidad de personas (estudiantes y personas cercanas) y el empleo de un método no probabilístico para la obtención de la muestra que limita la posibilidad de generalizar los resultados. La segunda de las limitaciones tiene que ver con la validez externa y la conveniencia de haber empleado instrumentos que midiesen otras dimensiones del perdón (e.g., perdón episódico o diádico). En tercer lugar, la aplicación de la escala se podría haber extendido a otros colectivos o contextos clínicos (e.g., personas que acuden a terapia por no saber gestionar la sobrecarga emocional que les produce la transgresión sufrida, parejas con dificultades para resolver conflictos y víctimas de violencia de género). Finalmente, sería interesante obtener la validez test-retest para evaluar la estabilidad del instrumento a través de la experiencia. Futuras investigaciones deberían tener en cuenta todos estos sesgos metodológicos y tratar de contrarrestarlos de la forma más adecuada.

Referencias

- Aranda, J., Palacios, A., & Villalba, A. (2014). Construcción y validación de la Escala de Perdón (VAPPER 490). *Revista Apuntes Universitarios*, 6(1), 87-100. <https://doi.org/10.17162/au.v6i1.227>
- Arias Gallegos, W., Huamani Cahua, J. C., & Álvarez Salinas, L. R. (2023). Análisis Psicométrico de la Escala del Perdón en las Relaciones de Pareja en Mujeres de la Ciudad de Arequipa. *Psicodebate*, 23(1), 7-22. <https://doi.org/10.18682/pd.v23i1.5376>
- Arias Gallegos, W. L., & Velásquez Ramos, D. (2022). Análisis psicométrico de la escala de capacidad de perdón en Arequipa. *Avances en Psicología*, 30(2), p. e2647. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2022.v30n2.2647>
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Parrot, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290. <http://dx.doi.org/10.1177/01461672012710004>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., O'Connor, L. E., Parrott, L. III, & Wade, N. G. (2005). Forgivingness, Vengeful Rumination, and Affective

- Traits. *Journal of Personality*, 73(1), 183–225. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00308.x>
- Casullo, M. M., & Fernández-Liporacce, M. (2005). Evaluación de la capacidad de perdonar. Desarrollo y validación de una escala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 52(1), 14-20.
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., Arias-Gallegos, W. L., Azabache-Alvarado, K., Rodríguez, L. M., & Moreno, J. E. (2018). Escala de probabilidad de perdón: Evidencias iniciales de validez y confiabilidad en el contexto peruano. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 12-21. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v10.n3.19730>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Enright, R., Rique, J., Lustosa, R., Song, J. Y., Komoski, M. C., Batool, I., Bolt, D., Sung, H., Huang, S. T. T., Park, Y., Leer-Salvesen, P. E., Andrade, T., Naeem, A., Viray, J., & Costuna, E. (2021). Validating the Enright Forgiveness Inventory–30 (EFI-30): International studies. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(2), 113–123. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000649>
- Fahimdanesh, F., Noferesti, A., & Tavakol, K. (2020). Self-compassion and forgiveness: Major predictors of marital satisfaction in young couples. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 221-234. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1708832>

- Fariña, F., Novo, M., Rique, J., Lustosa, R., & Enright, R. D. (2023). Forgiveness Inventory (EFI-30): Propiedades psicométricas de la adaptación española [Enright Forgiveness Inventory (EFI-30): Psychometric properties of the Spanish Adaptation]. *Acción Psicológica*, 20(2), 1–18. <https://doi.org/10.5944/ap.20.2.39142>.
- Fernández-Capo, M., Recoder, S., Gómez-Benito, J., Gámiz, M., GualGarcía, P., Díez, P., & Worthington Jr., E. (2017). Exploring the dimensionality and the psychometric properties of the TRIM-18 in the Spanish context. *Annals of Psychology*, 33(3), 548-555. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.264461>
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2002). Forgiveness in marriage: Implications for psychological aggression and constructive communication. *Personal Relationships*, 9, 239-251. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6811.00016>
- Gallo-Giunzioni, K., Prieto-Ursúa, M., Fernández-Belinchón, C., & Luque-Reca, O. (2021). Measuring Forgiveness: Psychometric Properties of the Heartland Forgiveness Scale in the Spanish Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 45. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010045>
- Garzón, M. A., & Barahona, M. N. (2018). Diferencias personales en el perdón en universitarios españoles en función del sexo. *CAURIENSIA*, 23, 175-192. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.175>
- Gismero-González, E., Jódar, R., Martínez-Díaz, P., Carrasco, M. J., Cagigal, V., & Prieto-Ursúa, M. (2019). Interpersonal offenses and psychological well-being: The mediating role of forgiveness. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 75-94. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-00070-x>

- Guzmán, M., Tapia, M. J., Tejada, M., & Valenzuela, K. (2014). Evaluación del perdón en relaciones de pareja: propiedades psicométricas del Transgressions-Related Interpersonal Motivations Inventory (TRIM-18) en un contexto chileno. *Psykhé*, 23(2), 1-12. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.23.2.623>
- Guzmán-González, M., Calderón, C., Alfaro, K., Phunhon, K., & Toro, K. (2021). Estructura Factorial e Invarianza Métrica de la Versión Chilena de la Heartland Forgiveness Scale (HFS). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 61(4), 117-130. <https://doi.org/10.21865/RIDEP61.4.08>
- Hargrave, T. D., & Sells, J. N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital y Family Therapy*, 23, 41-62. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1997.tb00230.x>
- Ho, M. Y., Worthington, E. L., Cowden, R. G., Ortega, A., Chen, Z. J., Yuliandari, E., Khalanskyi, V. V., Korzhov, H., Made, N., Rodriguez, N., Salnykova, A. A., Shtanko, L., Tymchenko, S., Voytenko, V. L., Zulkaida, A., Mathur, M.B., & VanderWeele, T. J., (2024). International REACH forgiveness intervention: a multisite randomised controlled trial. *BMJ Public Health*, 2. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000072>
- Kasprzak, A., Martínez-Díaz, P., Molinero Caparrós, C., & Enright, R. (2023). Perdón interpersonal: validación del Enright Forgiveness Inventory (EFI-30) en una muestra española. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 39(3), 364–373. <https://doi.org/10.6018/analesps.522011>

- Li H, Wade, N. G., & Worthington, E. L. Jr. (2020). Editorial: Understanding the Processes Associated with Forgiveness. *Frontiers in Psychology*, 11: 628185. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.628185>
- Lawler-Row, K., Scott, C.A., Raines, R. L., Edlis-Matityahou, M., & Moore, E. W. (2007). The Varieties of Forgiveness Experience: Working toward a Comprehensive Definition of Forgiveness. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 233-248. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9077-y>
- Lee, Y. R., & Enright, R. D. (2019). A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychology & Health*, 34(5), 626-643. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1554185>
- Lin, Y., Worthington, E. L., Griffin, B. J., Greer, C. L., Opare-Henaku, A., Lavelock, C. R., ... Muller, H. (2014). Efficacy of REACH forgiveness across cultures. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 781-793. <https://doi.org/10.1002/jclp.22073>
- Lutjen, L. J., Sifton, N. R., & Flannelly, K. J. (2012). Religion, forgiveness, hostility and health: A structural equation analysis. *Journal of Religion and Health*, 51, 468-478. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9511-7>
- Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2010). Evaluación del perdón: Diferencias generacionales y diferencias de sexo. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(3), 391-403.
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L., Brown, S. W., & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1586-1603.

- McCullough, M. E., Root, L. M., & Cohen, A. D. (2006). Writing about the benefits of an interpersonal transgression facilitates forgiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 887-897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.745.887>
- Menghi, M. S., Rodriguez, L. M., Tortul, M. C., & Moreno, J. E. (2017). Adaptación de la Escala de Probabilidad de Perdón a población adolescente argentina. *Interdisciplinaria, 34*(2), 489-498. <https://psycnet.apa.org/doi/10.16888/interd.2017.34.2.15>
- Mora-Pelegrín, M., Montes-Berges, B., Aranda, M., & Agustina Vázquez, M. (2017). Escala de actitud para perdonar. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 215–224. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1123>
- Morales, F., & Arias, C. J. (2014). El perdón como motivador prosocial de la vejez. *Neurama, revista electrónica de psicogerontología, 1*(2).
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema, 31*(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Rosales-Sarabia, R. M. (2013). *El Perdón en la relación de pareja: validación de una escala y su relación con los estilos de apego* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rosales-Sarabia, R., Aragón, S., Martínez, L., & Méndez, M. (2018). Perdón y resentimiento hacia la pareja: desarrollo y validación de dos escalas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e*

Avaliação Psicológica, 2(47), 141-156.
<http://dx.doi.org/10.21865/RIDEP47.2.10>

Rosales-Sarabia, R. M., Rivera, S. & García, M. (2017). Revisión psicométrica de tres escalas de perdón: midiendo la metamorfosis emocional. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2577-2584.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aippr.2017.02.005>

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

Rye, M. S., Loiacono, D. M., Folck, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A., & Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Current Psychology*, 20, 260-277.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12144-001-1011-6>

Steiner, M., Allemand, M., & McCullough, M. E. (2011). Age differences in forgivingness: The role of transgression frequency and intensity. *Journal of Research in Personality*, 45(6), 670–678. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.09.004>

Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Heinze, L., Neufeld, J. E., Shorey, H. S., Roberts, J. C., & Roberts, D. E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73, 313-359.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x>source:PubMed

Tsang, J. A., McCullough, M. E., & Hoyt, W. T. (2005). Psychometric and Rationalization Accounts of the Religion-Forgiveness Discrepancy. *Journal of Social Issues*, 61(4), 785-805.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00432.x>

- Vargas-Núñez, B. I. & Pozoz-Gutiérrez, J. L. (2005). Desarrollo de la escala de perdón. *30º Congreso Interamericano de Psicología*, Buenos Aires, Argentina, del 26 al 30 de junio.
- Vázquez, M. A., Montes-Berges, B., Aranda M., M., & Mora, M. (2017). El perdón y la reincidencia para volver con la expareja. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 363–372.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.949>
- Wade, N. G., & Tittler, M. V. (2020). Psychological interventions to promote forgiveness of others: Review of empirical evidence. In E. L. Worthington, Jr. & N. G. Wade (Eds.), *Handbook of forgiveness* (2nd ed., pp. 255–265). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781351123341-24>
- Woodyatt, L., & Wenzel, M. (2019). The psychology of self-forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. & N. G. Wade (Eds.), *Handbook of forgiveness* (2nd ed., pp. 22–32). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781351123341-3>
- Worthington, Jr., E. L., & Wade, N. G. (Eds.) (2019). *Handbook of Forgiveness* (2nd ed.) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351123341>
- Worthington, Jr., E. L. (2019). Understanding forgiveness of other people: definitions, theories, and processes. In E. L. Worthington, Jr. & N. G. Wade (Eds.), *Handbook of forgiveness* (2nd ed., pp. 22–32). Routledge/Taylor & Francis Group.

Worthington, E. L., Jr., Hook, J. N., Utsey, S. O., Williams, J. K., & Neil, R. L. (2007). *Decisional and Emotional Forgiveness*. Paper presented at the International Positive Psychology Summit. Washington, DC.

Yárnoz-Yaben, S., & Comino, P. (2012). Un instrumento para la evaluación del perdón en el ámbito del divorcio y la separación. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 49-58. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9835-x>

Yu, L., Gambaro, M., Song, J. Y., Teslik, M., Song, M., Komoski, M. C., Wollner, B., & Enright, R. D. (2021). Forgiveness therapy in a maximum-security correctional institution: A randomized clinical trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1457-1471. <https://doi.org/10.1002/cpp.2583>

IV. PARTE EMPÍRICA.

MEMORIA DE TRABAJOS

Capítulo 8. La Capacidad Empática y la Habilidad para Regularla: Construcción y Validación de la Escala de Manejo de Empatía

ESTUDIO 2

Mora-Pelegrín, M., Montes-Berges, B., Aranda, M., Vázquez, M. A. y Armenteros-Martínez, E. (2021). The Empathic Capacity and the Ability to Regulate It: Construction and Validation of the Empathy Management Scale (EMS). *Healthcare*, 9, 2-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050587>

The Empathic Capacity and the Ability to Regulate It: Construction and Validation of the Empathy Management Scale (EMS)

Abstract

The aim of this study was to develop a measure to evaluate the management of empathic capacity. To this end, two studies were conducted. Study 1 ($N = 277$, 172 females) describes the scale creation procedure, factorial validity, and internal consistency. The exploratory factor analysis yielded a five-factor model with 18 items (62.4% of the variance explained). The dimensions were as follows: D1: identification, D2: incorporation, D3: reverberation, D4: separation, and D5: projection. The internal consistency was good (alpha values ranging from 0.70 to 0.80). Study 2 ($N = 480$, 323 females) examined the validity (including convergent validity) of the model and the relationships with sociodemographic variables. The five-factor model showed a robust goodness of fit, $\chi^2 = 240.5$, $p < 0.001$, root mean square residual (RMSR) = 0.05. The fit indices were satisfactory, Non-normed fit index (NNFI) = 0.89, comparative fit index (CFI) = 0.90, mean square error of approximation (RMSEA) = 0.04. The convergent validity analysis showed that, as empathy management increased, so too did the empathy level and emotional intelligence. Some differences by age and sex were found. In conclusion, the Empathy Management Scale is a valid and reliable instrument for analyzing the empathic process that allows vulnerabilities and strengths to be estimated, which could improve professional practice in the healthcare context.

Keywords: empathy; empathic process; healthcare professionals; validation; emotional regulation.

Introduction

Over the past few decades, empathy has been widely studied in the context of medicine, nursing, and other healthcare professions. Empathy is necessary for successful professional–user interactions [1]; it also plays a relevant role in therapeutic relationships and the quality of care [2–4]. In addition, empathy is related to personal welfare (e.g., preventing burnout in healthcare professionals) [5].

Most scientific studies have focused on defining empathy and explaining the underlying mechanisms and processes [6–9]. From a psychometric perspective, studies have focused on the measurement of empathy. Existing instruments mainly capture the degree of empathy that an individual has or the development among its components [10–12]. However, despite knowledge of the importance of the balance between being empathic and properly managing this capacity for the psychological wellbeing of professionals, specific and validated measurements on this topic are lacking.

Studies have confirmed the importance of the individual’s capacity to handle each of the stages involved in the process of empathy. When alterations in some of the empathic processes occur, such as emotional and social adaptation or regulation of the state of mind, the individual’s control over his or her behavior is reduced. This is particularly relevant for professionals who must empathize with others experiencing intense and negative emotions. When “empathy bridges the gap between self-experience and that of others” [13] (p. 19), professionals are at greater risk. Research has shown a strong relationship between empathy and feeling guilty [14,15], and difficulty in managing the stressors associated with secondary traumatic stress. Moreover, a failure of empathic regulation may lead to compassion

fatigue [15]. Empathy is also considered a necessary interpersonal skill for satisfactory professional–user interactions [16,17]. However, successful use of empathy is not related to feeling it intensively, but rather to applying it in such a way that it does not cause suffering or wear down professionals [18–20].

Because the adaptive use of empathy is highly relevant to individual development, and due to its role in other psychological processes and applications in the field of healthcare, the present study aims to create and validate an instrument to measure the management of empathy.

Overview of the Empathic Process

The scientific study and conceptualization of empathy, i.e., the exploration of its nature and the processes involved, started long ago. Such work has given rise to a broad theoretical and empirical corpus, so an overview of the context in which instruments measuring empathy develop is required.

A classic study by Rogers [21] described empathy as the ability to communicate by sensing the client’s feelings as though they are the therapist’s own, but without becoming bound up by them and losing the sense of self. Here, a defining quality is the recognition of the other’s feelings “as if” they are the therapist’s own, but with awareness of the distinction. According to this proposal, empathy involves the ability to accurately perceive the internal frames of reference of others in terms of their meanings and emotional components [22]. This definition highlights that empathy is both an emotional and cognitive process. Considering empathy as a process, professional engagement only on a cognitive level could be deemed superficial; therefore, to enhance the interaction, building trust within the therapeutic relationship through emotional engagement is necessary [21,22].

These two dimensions of emotional (feeling the emotion of someone else as our own) and cognitive empathy (mentally putting oneself in someone else's shoes) are emphasized by Davis [10]. He devised a multidimensional model, including both of these dimensions and four interconnected components. There are two factors in the cognitive dimension: perspective taking, i.e., trying to understand the emotional situation of others, and fantasy, which is the cognitive tendency to imagine ourselves in the shoes of another. Regarding the emotional dimension, Davis suggested that it comprises two factors: empathic concern (orientated towards the other), defined by feelings of compassion, concern, and care when someone is feeling upset, and distress or personal unease (oriented towards oneself), which reflects the anxiety and discomfort experienced by a person when observing the negative experiences of others [6,12].

Davis' contribution is still relevant to the multidimensional approach, and has recently been revived thanks to the neuropsychological research revealing the functional and neuroanatomical bases of emotional empathy (related to mirror neurons) and cognitive empathy (high-level cognitive functions) [7,23]. However, the relationships among these four components are not organized into stages.

Some decades before, Reik (1948) [9] in fact made such a contribution, establishing a series of sequential stages, together comprising the "empathy process", which were necessary for the optimal management of empathy: identification, incorporation, reverberation, and separation. Identification consists of understanding and experiencing someone else's emotions through the information transmitted by that person's verbal and non-verbal language. It implies understanding the other's feelings and adopting his or her perspective in order to predict what he or she thinks or feels. Each person will

grasp others' emotions to different degrees, and will vary in terms of their need for previous information.

Repetto [24,25] reviewed Reik's theory and noted that this first stage is the most relevant in the complete sequence of the empathy process. Without it, the subsequent stages cannot occur. Incorporation involves taking the other person's experiences as our own. For Repetto, it is sometimes difficult to distinguish this from the first stage, as both constitute ways of living someone else's experience. However, incorporation consists not only of understanding the other person's feelings, but also experiencing them as our own. In this stage, the empathic person can take the feelings of others to such an extent that he or she might identify with the situation and feel it as if he or she were the main character. Reverberation concerns understanding the meaning of what is being expressed, and the other person's internalized feelings are compared to the experience of such a situation. When this occurs, the person can distinguish between the emotions coming from his or herself and those that do not. Finally, in the separation stage, after the abovementioned stages have occurred, internalized emotions are reorganized and, rationally and consciously, the empathic person creates distance and is able to carry out an objective analysis and provide an appropriate response.

Thus, identification can be considered as the first prerequisite for empathy. Incorporation refers to a deepening of empathy through the addition of emotion sharing, while reverberation and separation concern the awareness of oneself that is essential for psychological wellbeing.

When a person can fulfill these phases effectively by identifying her/himself with her/his interlocutor, incorporating the interlocutor's emotions, understanding that they belong to the other, and, finally,

separating themselves while remaining at peace and in a state of wellbeing, we can say that their empathy management process is optimal. It is possible to fulfill certain stages to a greater or lesser degree; for example, a given individual may be better at reverberating and separating than at “joining up”, i.e., incorporating emotions.

These four stages also constitute abilities. Another ability crucial for empathy, but is not included in Reik’s model as a stage, is projection, i.e., the capacity to project an emotion. This ability is extensively used by healthcare professionals, although not always consciously. To transmit an air of peace, nurses may hold the patient’s hand to create a feeling inside, which is considered a valued skill in nursing [26], and is relevant to other techniques, such as therapeutic ones [27,28].

Reik’s theory, later reviewed by Repetto, was introduced decades ago. However, its tenets could be included in current approaches to empathy as a social skill, especially in the healthcare sector, to which it is particularly relevant. In this regard, an appropriate balance among the different stages of the empathy process will be reflected in the professional– client interaction, from the capacity to understand the feelings of others (identification and incorporation) to the ability to maintain a balance between sharing the person’s emotional state and ensuring enough distance to avoid overload (reverberation and separation), ultimately leading to an appropriate intervention.

Empathy Assessment

The wide variety of approaches to empathy has given rise to a considerable number of measuring instruments [29]. One of the first relevant scales was the Dymond Rating Test of Insight and Empathy [30]. It was designed to assess the ability to consider someone else’s perspective (the

cognitive domain of empathy). Some years later, based on a unidimensional approach, the Hogan Empathy Scale was created (HES) [31]. This scale focuses on emotional components, and has been widely used to assess self-esteem, temperament, sensitivity, and non-conformism. The Mehrabian Emotional Empathy Scale (EES) [32] was designed based on unidimensional models of emotion. It assesses two aspects of empathy: the absence of aggressiveness towards others and the provision of help. The scale was subsequently revised to create the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) [33]. These tools are concerned with different aspects of empathy that are not sequentially related; they measure dissociable facets (such as the provision of help; the EES) or variables that influence empathy (such as sensitivity, temperament, and self-esteem; the HES) rather than the stage-related abilities required for optimal and healthy empathy.

It was not until the creation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) [10] that empathy began to be assessed multidimensionally. This instrument measures the four components of empathy proposed by Davis, and has been validated in Spanish in several studies [12,34]. One of the few instruments originally created in Spanish with such an integrated approach is the Test of Cognitive and Affective Empathy (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)) [35]. This questionnaire has four subscales: perspective adoption, emotional comprehension, empathic stress, and empathic joy. A year after its publication, a shorter version was created, the Vicarious Experience Scale (VES) [36], which introduces an assessment of the tendency towards experiencing vicarious emotional reactions. The Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE) [37] is another useful measure of both empathy dimensions.

The instruments described above provide information on the characteristics of empathy and its related processes from the perspective of

one of its dimensions (emotional or cognitive) or both (multifactor model). They allow us to establish the level that an individual has reached for each characteristic, as well as how empathetic they are overall. The Scale of Empathic Personality (Escala de Personalidad Émpata (EPE)) [38], originally written in Spanish, measures the capacity for empathy and the ability to handle certain aspects of it. Scores on its four dimensions (feelings, 'ápata' traits, separation or reverberation, and simplicity) establish at which point on the empathy continuum a person is. This instrument, based on the psychoneurological model of empathy [39], adopts a multidimensional approach to the construct. However, this instrument (EPE) focuses on the personal level of empathy, rather than the stage-related abilities essential for optimum empathy management.

In the context of healthcare professionals, a systematic review was conducted on the tools used for measuring empathy in nurses [13]: the EES [32], the Barrett–Lennard Relationship Inventory (BLRI) [40], the IRI [6], the Empathy Construct Rating Scale (ECRS) [41], the BEES [33], and the Jefferson Scale of Physician Empathy (JESPE) [42]. The ECRS was the most widely used instrument with acceptable psychometric quality; the others could be improved at the theoretical or psychometric level. Yu and Kirk [43] reviewed the empathy scales applied to nursing staff, but found no “gold standard” tool.

Variables and Instruments Related to Empathy Management

Since the 1990s, the emotional ability necessary for interaction with other people has been studied from the perspective of emotional intelligence (EI) [44]. Mayer and Salovey's model [45] states that EI comprises a cluster of cognitive abilities related to: (a) perceiving and expressing emotions in a precise manner, (b) using emotions to promote thinking, (c) understanding emotions, and (d) regulating emotions to enable emotional and intellectual

growth. In this sense, empathy is part of the construct of EI as the ability to understand the emotions of others and handle our own through such connections in a prosocial way [46].

For assessing EI, the Trait Meta-Mood Scale (TMMS) [47] was the first self-report instrument to evaluate in a stable way over time the metaknowledge of emotional states, thus allowing the identification of individual differences in the skills required to be aware of our own emotions and the ability to regulate them [48]. It seems, therefore, that EI and empathy share some processes, particularly those related with the use, understanding, and management of emotional states in oneself and others to solve problems and regulate behaviors [49].

The large variety of approaches used to measure empathy reflects the complex nature of this construct. However, most of them focus on evaluating the level reached by a person in a particular domain of empathy, but do not specifically assess their ability to manage it. Considering that improving empathy skills is essential for nursing students [50], a measure to determine empathic ability or stage training is required. As this area has not yet been explored, the main purpose of the present work was to create a scale to measure the processes involved in the management of empathy in order to assess and help healthcare professionals balance their own feelings with those of their patients. The scale is based on multidimensional models of empathy [6,10,21], as well as Reik's theory [9], later reviewed by Repetto [24,25], on the stages of the empathy process. Because they constitute dissociable phases and abilities, these five aspects (identification, incorporation, reverberation, separation, and projection) are measured individually. This scale is necessary to provide a means for specifically assessing ability in the different stages of empathy management. A means to evaluate these abilities is necessary to devise exercises through which they

can be enhanced [51]. To this end, two studies were conducted. The first one describes the theoretical background and procedure used to create the scale, as well as its factorial validity and internal consistency. The second study was designed to examine the validity of the factorial model, the convergent validity, and the relationships with sociodemographic variables.

Study 1

Materials and Methods

Participants

In total, 277 participants from Andalucía (Spain) were selected by controlled purposive sampling (62.2% female and 38.8% male). Age ranged between 18 and 49 years ($M = 21.3$, $SD = 2.8$). All participants were nursing students in their fourth year who had been honing their nursing skills in the hospital setting and had completed more than 80 h of practice when the data were collected.

Development of Items for the Empathy Management Scale

For the creation and validation of the Empathy Management Scale (EMS), the recommendations of Muñiz and Fonseca-Pedrero [52] were followed. An initial cluster of 40 items was created. The items were based on the main theoretical underpinnings of empathy and the delimitation of the processes relevant to empathy management [9,10,21]. The relations of this construct with other variables (i.e., the capacity to feel empathy and EI) were also considered. Moreover, the content of the items was based on different aspects of the empathy processes/stages proposed by Reik [9], together with a fifth process named projection, i.e., the ability to generate emotions in others, conveying information related to a specific emotion to one or more people. This transferal takes place in most daily life situations, unconsciously

and through non-verbal communication and physical interaction between two or more people [38]. This stage regulates the emotions of others. There are also items describing processes that occur automatically (e.g., the contagion of an emotion) and controlled processes that constitute actions regulated consciously (e.g., proactively preparing oneself for a difficult situation). Overall, the items comprising the five dimensions were designed to identify strengths and weaknesses in the use of empathy, and to obtain a comprehensive model on empathy management that is particularly suited for interventions (Figure 1).

The initial 40 items were screened by three experts on empathy (i.e., researchers on interpersonal processes with clinical intervention experience) who assessed their appropriateness, clarity, precision, and adequacy. Likewise, experts were requested to analyze the level of representativeness of each theoretical dimension. As a result of this process, nine items were removed due to not having an appropriateness index higher than 80%. Furthermore, the wording of four items was changed. The remaining items were considered appropriate, clear, precise, and adequate. This review resulted in a preliminary cluster of 31 items.

A five-point Likert-type scale was chosen to assess the degree of agreement or disagreement with the statements (1 = fully disagree and 5 = fully agree). In order to calculate the scores (weighted means), reverse items were inverted; higher scores indicated more effective empathy management.

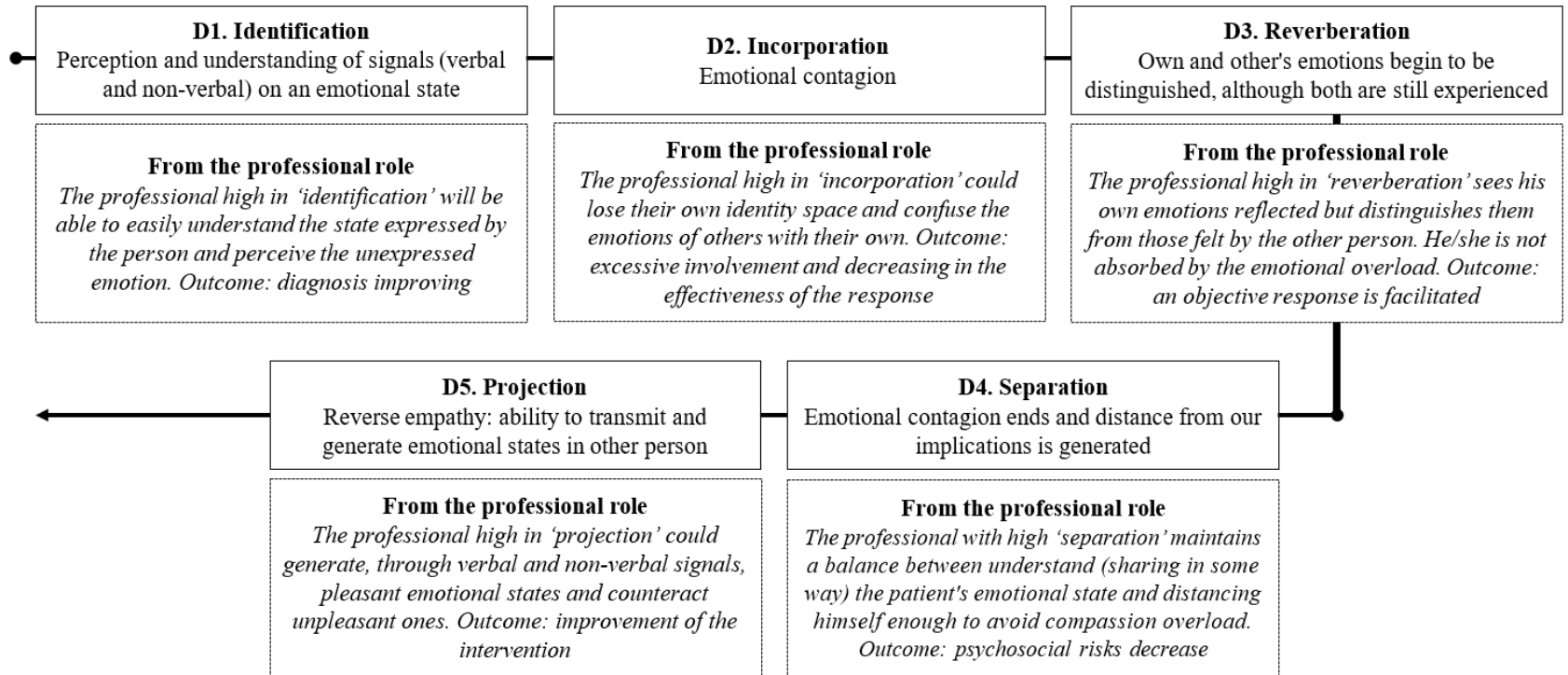


Figure 1. Sequence of the empathy process according to the EMS (adapted from Reik) and application to professionals.

Procedure

The present study was approved by the Ethical Research with Humans Committee of the University of Jaen. Participants were provided with information about the research and their rights (objectives, identification of researchers, anonymity, etc.). Participants could take part only if they signed the informed consent form and were at least 18 years of age. The average time for completion was approximately 15 min.

Statistical Analyses

The dimensionality and construct validity were calculated via exploratory factor analysis (EFA) of the main components. The final solution was based on the following criteria: appropriate number of dimensions according to the theoretical background, > 50% of the variance explained, and item loadings of > .400. Inter-factor correlations were analyzed, and descriptive statistics were calculated (average and standard deviation). Internal consistency was analyzed with Cronbach's alpha.

Results

Construct Validity

The first EFA resulted in a nine-factor model that explained 67.2% of the variance. Items with loadings below .400 were subsequently removed, and the EFA was repeated until a final model that met the abovementioned quality criteria was obtained. The final model consisted of 18 items distributed among five factors that explained 62.4% of the total variance (Table 1). These factors were named based on the theoretical dimensions proposed: (D1) identification, (D2) incorporation, (D3) reverberation, (D4) separation, and (D5) projection.

Table 1. EFA of the five Empathy Management Scale (EMS) factors. Item loadings for each dimension are shown.

Item	D1	D2	D3	D4	D5
17 (8 *) People's negative emotions are so easily passed on to me that they affect me as if they were my own.		0.817			
26 (13) When I am next to someone who is upset, I end up feeling the same way.		0.832			
10 (6r **) When I am next to someone who is upset, their emotions do not transfer to me.		0.713			
4 (4) When I know I will be exposed to an emotionally negative and intense situation, I prepare to distance myself from the situation.				0.812	
1 (1) Before a difficult situation, I use some techniques to face the emotions to come, such as relaxation.				0.807	
18 (17r **) I avoid situations involving negative emotions because I don't know how to get rid of them.				0.798	
19 (18) I know how to separate myself from others' feelings.				0.736	
2 (2r) It is difficult for me to identify which negatives emotions are my own and which are the other person's.			0.802		
3 (3) I am able to determine if the emotions I experience are <u>my</u> own or the other person's.			0.800		
23 (11) When I am with someone, I can identify which part of what I am feeling is caused by that person.			0.701		
5 (5) When it comes to positive emotions, I can easily identify which have been passed on to me by the other person and which are my own.			0.676		
21 (10r) When someone explains to me how they feel, it is difficult for me to understand it.	0.771				
28 (15r) I struggle to understand how another person is feeling.	0.772				
20 (9r) I tend not to understand how someone is feeling by their non-verbal communication.	0.733				
13 (7) I know how to appease someone.					0.748
25 (12) If someone is feeling sad, I pass my joy on to him/her.					0.750
30 (16) When someone near me is feeling anxious, I don't know how but I am able to calm him/her.					0.671
27 (14r) It is difficult for me to create positive emotions in a difficult situation.					0.652

* Final sequence of items after EFA and CFA. ** Reverse items (sub-index 'r').

The descriptive statistics and inter-factorial correlations among the five dimensions are provided in Table 2. The results showed a positive relation between D1, identification with D3, reverberation, and D5, projection, but not with D2, incorporation or D4, separation. D2, incorporation did not show correlations with the other factors. D3, reverberation and D4, separation were significantly correlated. Finally, D5, projection showed significant positive correlations with D3, reverberation and D2, separation.

Table 2. Descriptive statistics and inter-factor correlations.

EME Di- mensions	M (SD)	Correlations				
		D1	D2	D3	D4	D5
D1Idt	4.00 (0.92)	1				
D2Inc	2.67 (0.93)	-0.032	1			
D3Rev	3.52 (0.86)	0.112 **	0.033	1		
D4Sep	3.07 (0.88)	-0.056	0.053	0.293 **	1	
D5Proj	3.17 (0.73)	0.137 **	0.049	0.267 **	0.375 **	1

** The correlation is significant at the 0.01 level (bilateral).

Internal Consistency

Cronbach's alpha was used to determine the internal consistency (reliability). Factor reliability varied from acceptable to good [53]: D1, identification, $\alpha = 0.70$; D2, incorporation, $\alpha = 0.72$; D3, reverberation, $\alpha = 0.77$; D4, separation, $\alpha = 0.80$; and D5, projection, $\alpha = 0.76$. The global reliability of the scale was $\alpha = 0.78$.

Study 2

Once the preliminary version of the Empathy Management Scale (EMS) containing 18 items had been obtained, Study 2 was necessary to test the five dimensional model of Study 1. The convergent validity was also explored.

Method and Materials

Participants

In total, 480 participants from Andalucía (Spain) were selected by controlled purposive sampling (67.3% female and 32.7% male). They ranged between 18 and 60 years of age ($M = 27.8$, $SD = 11.8$). Regarding formal education, most participants were under-graduates (81.4%). Of these, 49.4% were studying degrees in the field of humanities and health sciences (e.g., nursing) and 50.6% studied social and legal sciences (e.g., business administration and management). The remaining participants were

distributed as follows: compulsory secondary education, 8.1%; primary education, 4.7%; A levels, 3.4%; unfinished primary education, 1.8%; and post-graduate studies, 0.7%.

Instruments

In order to study the convergent validity of the EMS, the following instruments were used:

EPE [38]. This scale comprises 31 items grouped into five subscales. Three scales were selected due to their relevance to our research goal. (a) Feelings: This subscale assesses the ability to detect others' feelings, experience the same intensity and clarity of the emotions of others, and project emotions onto others ($\alpha = .79$). (b) "Apata" characteristics: This subscale measures the difficulty to feel or experience others' emotions ($\alpha = .79$). (c) Separation and reverberation: This subscale concerns the influence of others' emotions and the difficulty of empathic persons to separate themselves from these emotions ($\alpha = .69$).

IRI [10]; Spanish adaptation [12]. This instrument contains 28 items in four dimensions. The reliability for the four subscales were as follows: perspective taking, $\alpha = .66$; fantasy, $\alpha = .62$; empathic concern, $\alpha = .63$; and personal discomfort, $\alpha = .68$.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) [47]; Spanish adaptation [11]. This scale measures individuals' knowledge about their own emotional abilities (perceived EI). It comprises three dimensions: (a) emotional attention or the ability to feel and express emotions appropriately ($\alpha = .79$), (b) emotional clarity or the ability to understand our own emotional states ($\alpha = .78$), and (c) emotional repair or the ability to regulate our own emotional states appropriately ($\alpha = .86$).

Questions about sociodemographic variables were also included in the instrument (sex, age, and formal education).

Procedure

The same procedure as Study 1 was carried out. The average time for completion was approximately 30 min.

Statistical Analyses

Construct validity was obtained by a confirmatory factor analysis (CFA). The convergent validity was calculated by analyzing the relations (bivariate correlations) of the variables assessed by the instruments: empathy management (using the EMS), empathic personality (using the EPE), multidimensional empathy (using the IRI), and EI (using the TMMS-24). Finally, in order to obtain other indices of validity of the construct, individual differences in empathy management according to socio-demographics (sex, age, and field of knowledge (higher education degree)) were determined.

Results

Construct Validity

A CFA approach was used to test competing models of the internal structure of the EMS. Two measurement models were tested: (1) a one-factor model including all 18 items and (2) a five-factor model including the identification factor (three items), incorporation factor (three items), reverberation factor (four items), separation factor (four items), and projection factor (four items).

The fit of the models was judged based on the guidelines provided by Hair et al. [54] for samples larger than 250 participants and instruments using between 12 and 30 items. The models were considered to fit the data if the

CFI was > 0.92 and the SRMR was < 0.08 , or the RMSEA was < 0.07 . Only one of the tested models had an acceptable fit to the data, so measurement invariance by sex and age groups was analyzed only for that model based on a forward approach [55]. The five-factor model suggested by Study 1 showed a robust goodness of fit, $\chi^2 = 240.5$, $p < .001$; RMSR = 0.05. The fit indices calculated were satisfactory: NNFI = 0.89, CFI = 0.90, RMSEA = 0.04. The final instrument in Spanish is provided in the Appendix A (Table A1).

Internal Consistency

The reliability indices varied from acceptable to good [53]: D1, identification, $\alpha = .73$; D2, incorporation, $\alpha = .72$; D3, reverberation, $\alpha = .76$; D4, separation, $\alpha = .79$; and D5, projection, $\alpha = .76$. The global reliability of the scale was $\alpha = .75$.

Convergent Validity

Bivariate relations of the EMS with the total scores of the other instruments (the EPE, IRI, and TMMS-24) were significant ($r = .487$, $p < .001$; $r = .483$, $p < .001$; and $r = .304$, $p < .001$, respectively). There was convergence between the variables analyzed, where, as the ability to manage empathy increased, so too did the levels of empathy and EI.

In order to better understand this convergence, correlations of the instruments' sub-scales were calculated (Table 3). D1, identification showed a significant positive relation with the feelings and separation subscales of the EPE instrument, and a negative relation with the "apata" characteristics. Focusing on EI, of the three dimensions evaluated by the TMMS-24, only clarity (awareness of one's emotional states) achieved a positive correlation. Regarding the IRI, all relations were significant; the direction was positive for the dimensions of perspective taking, fantasy, and concern, and negative for

the dimension of discomfort. D2, incorporation showed correlations with the feelings and separation subscale of the EPE, inverse correlations with the attention and emotional regulation TMMS-24 subscales, and, finally, with the fantasy, concern, and discomfort subscales of the IRI. D3, reverberation and D4, separation showed significant relations with the feelings (EPE) subscale and the TMMS dimensions. D3, likewise, showed a positive relationship with the separation subscale, and an inverse one with the “apata” subscale of the EPE. Finally, D5, projection was related to the three dimensions of EI. This dimension of empathy management was also positively related with the feelings subscale, and inversely with “apatas” (EPE). Regarding the IRI, D5 showed a statistically significant relationship with perspective taking and concern.

Other Evidence of Construct Validity: Study of Sociodemographic

Variables Bivariate correlation analysis of the five dimensions of the EMS and age revealed a significant relationship between age and D1 and D2: as age increased, the initial stage of empathy, that is, identification, decreased ($r = -.206, p < .001$), while incorporation increased ($r = .141, p < .001$).

Before carrying out the independent sample t-test, whether the variables met the assumption of normality was determined using the Kolmogorov–Smirnov test. All variables assessed (from D1 to D5) were significant at $p > .05$, i.e., were normally distributed. The mean comparison of participants’ sex (two: men, women) showed significant differences in D1, identification and D2, incorporation ($t(475) = -3.35, p = .001$). Women showed higher scores in both dimensions (identification, $M_{\text{woman}} = 4.12, SD = 0.82$, $M_{\text{man}} = 3.84, SD = 0.91$; incorporation, $M_{\text{woman}} = 2.89, SD = 0.90$, $M_{\text{man}} = 2.58, SD = 0.88$).

Regarding the field of study of the undergraduate participants (humanities and health sciences vs. social and law sciences), differences in scores were found only for D1, identification ($t(467) = -4.00, p < .001$). The humanities and health sciences students showed significantly higher scores in this dimension ($M_{\text{Hum-health}} = 4.38, SD = 0.62, M_{\text{Soc-law}} = 3.89, SD = 0.81$).

Table 3. Correlations among EMS, EPE, TMMS-24, and IRI subscales.

Subscales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. EMSiden	1														
2. EMSinc	−0.052	1													
3. EMSrev	0.125 **	−0.024	1												
4. EMSsep	−0.027	−0.032	0.243 **	1											
5. EMEproj	0.126 **	−0.027	0.255 **	0.343 **	1										
6. EPEfeel	0.342 **	0.250 **	0.126 **	0.264 **	0.392 **	1									
7. EPEsep	0.114 *	0.333 **	0.099 *	−0.023	0.074	0.385 **	1								
8. EPEapat	−0.334 **	0.039	−0.145 **	−0.022	−0.140 **	−0.066	−0.080	1							
9. TMMSaten	0.058	0.233 **	0.095 *	0.140 **	0.143 **	0.299 **	0.241 **	0.151 **	1						
10. TMMSclar	0.185 **	−0.075	0.103 *	0.377 **	0.308 **	0.244 **	−0.022	0.153 **	0.130 **	1					
11. TMMSreg	0.087	−0.180 **	0.301 **	0.282 **	0.407 **	0.157 **	−0.017	0.120 **	0.043	0.301 **	1				
12. IRIpers	0.340 **	0.033	0.171 **	0.165 **	0.287 **	0.397 **	0.206 **	0.171 **	0.218 **	0.248 **	0.281 **	1			
13. IRIfant	0.207 **	0.213 **	−0.003	−0.007	−0.027	0.237 **	0.193 **	0.185 **	0.275 **	−0.006	−0.084	0.137 **	1		
14. IRIconcer	0.308 **	0.295 **	0.048	0.079	0.168 **	0.406 **	0.468 **	0.141 **	0.378 **	0.086	0.042	0.429 **	0.241 **	1	
15. IRI disc	−0.188 **	0.355 **	−0.056	−0.135	−0.213	−0.023	0.200 **	−0.023	0.221 **	−0.256 **	−0.249	−0.120 **	0.186 **	0.134 **	1

** The correlation is significant at the 0.01 level (bilateral). * The correlation is significant at the 0.05 level (bilateral).

Discussion

The main goal of this study was to create and validate an instrument (the EMS) to measure the ability to manage empathy. The analyses carried out successfully validated the EMS, which comprises 18 items grouped into five dimensions: identification, incorporation, reverberation, separation, and projection. The psychometric fit of the scale was optimal, with appropriate validity and reliability indices.

The inter-factor (D1 to D5) and inter-construct (management of empathy, level of empathy, and EI) statistical relations showed similarities with multidimensional models of empathy [10,21], Reik's theory [9], and current neuropsychological approaches [7].

The EMS dimensions describe empathic processes that are mainly activated in a sequential manner, thus revealing the inter-connections of the underlying mechanisms of empathy. The dimensional structure of the scale maintains the original sequence suggested by Reik (1948), and is in line with the subsequent reviews of Repetto (1977, 2009). Identification is confirmed as a fundamental variable in the empathy process: in the present study, it had by far the highest scores. However, contrary to what Repetto posited, identifying people's emotions does not correlate nor overlap with incorporation. They seem, in fact, to be two different constructs. These results are in line with neuroanatomic and functional research on empathy. Emotional aspects of empathy (i.e., sharing emotional states) relate to mirror neurons, while cognitive aspects (i.e., perspective taking and theory of mind (ToM)) mainly relate to high-level cognitive processes [56,57]. In this sense, except for incorporation (D2), the EMS dimensions seem to fit within ToM,

albeit with nuances in terms of emotional processing. Identification (D1) implies understanding, and reverberation (D3) reflects being aware. Both factors, which are correlated, share processes regulated by executive brain functions. Separation (D4) and projection (D5), which are significantly related to each other, require conscious management and strategic use of abilities to prepare for a difficult situation and to understand how to appease someone, respectively. Projection was added to Reik's empathy process, and is considered as the final stage. This factor is particularly relevant in the professional context. Whether it is a conscious strategy or an inherent ability naturally transmitted, it can only take place if the other person's state has been identified and preparation to manage the situation (separation and reverberation) has been undertaken.

As previously mentioned, the stage of identification is mainly cognitive, since perceiving and experiencing someone else's feelings requires understanding their emotions and adopting their perspective. This description is similar to the cognitive processes posited by Davis in his multidimensional model [6,10]. In fact, significant correlations between the identification and perspective-taking and fantasy subscales of the IRI were found. The incorporation stage shares some features with empathic concern and personal discomfort in terms of emotional processes. The ability to project (projection) was also confirmed to only occur if the other's point of view has been understood (perspective-taking) and feelings of compassion, concern, and care for their unease are felt (empathic concern).

Empathy management and EI were related. The dimensions of the TMMS pertain to expressing emotions (attention) and understanding (clarity) and regulating them (repair). These processes relate positively with factors from the EMS linked to active control processes and empathy management (reverberation or being aware, separation or proactivity/preparation, and

projection or transmission of emotions). The negative relation between reparation (TMMS) and incorporation (EPE) shows that as emotional contagion increases, emotional regulation decreases. These results add nuance to those of studies showing relations between the dimensions of the TMMS and empathy [58].

Regarding the EPE [38], the analysis revealed significant relations between the feelings subscale and the five dimensions of the EMS, and between the separation subscale and D1, D2, and D3 (EMS). Both instruments share a theoretical background, as reflected in the results. The novel findings relate to the concept of “apata”, evaluated through the EPE: people with low empathy (“apatas”) are defined not only by low identification (a result already found in previous literature), but also by worse management of empathy, that is, lower reverberation and projection.

Overall, the abovementioned results point to the following tendency in the management of empathy. As a professional moves through the stages linked to better management of empathy (separation and projection), the other’s perspective is mentally adopted (identification), while the discomfort generated by the negative experience of others is left behind (adaptive incorporation, reverberation, and restoration of balance). Therefore, for a person to be considered as empathic and optimally regulating all of the processes thereof, high levels of identification, low to moderate levels of incorporation, and high levels of reverberation, separation, and projection are needed. Such a professional (nurse, psychologist, etc.) would have the ability to follow-up in a reflexive way on his own emotions and those of others, and to distinguish the origin of the emotions. Ultimately, they would be aware of the processes involved in managing empathy effectively. Conversely, high levels of incorporation and low levels of reverberation would make it impossible for the person to move through the various stages and finally

obtain a well-balanced empathic process. This approach could explain phenomena such as professional exhaustion due to excessive compassion [1,15].

According to the analysis of EMS scores according to sociodemographic variables such as sex, age, and field of study, the results matched those of previous research. Regarding sex, a considerable number of studies showed differences of emotional empathy between men and women. Women experience emotional empathy to a higher degree than men (both positive and negative) [59], as well as higher compassion, concern, and care in the face of others' discomfort [12,58]. These studies also showed that women are more capable of putting themselves into others' shoes and understanding their situation [12,58]. Women's higher levels of identification and incorporation in the present study reflect both tendencies. Some approaches consider that men tend more towards instrumental actions in the context of empathy [60]. However, such differences were not found in most instrumental dimensions of the EMS in this study: women and men had similar reverberation, separation, and projection abilities. In line with this, recent studies have questioned the existence of such rigid differences in empathy between men and women. Sex differences could result from the interaction of multiple factors, such as social learning, genetic predisposition, evolutionary underpinnings, and interpersonal styles [61,62]. The women in the present study scored higher on the emotional components; as these are more dependent on neurochemical processes, it is intuitive for sex differences to exist. However, as a consequence of sociocultural changes (i.e., a more egalitarian society), men are increasingly using their empathic capabilities; thus, sex differences in this construct are decreasing.

The relationship between age and empathy has been widely studied, and there seems to be agreement that the latter increases progressively from

childhood until the teenage years, particularly in terms of emotional regulation [63]. Studies on empathy in young and older adults are less common, and the results less conclusive. Some works on this topic concluded that age gradually increases the ability to place oneself in the shoes of others. In addition, negative emotional reactions (personal discomfort) transform into sympathy and compassion towards others with age [64,65]. However, some other research has suggested the contrary, i.e., that cognitive empathy decreases with age and older adults experience higher levels of emotional distress and reactivity in the face of someone else's discomfort [66]. The results from the present study are in line with the latter.

Finally, the students studying degrees such as psychology and nursing in this study had a greater ability to identify and understand emotional states compared to law and business management and administration students. This result could be explained in various ways. Differences in D1 could be due to differences in individual traits, such as cognitive/motivational determinants or features, such as values or empathy. Alternatively, the differences could be the result of specific training and the core competencies of each university degree. The scarce literature on this matter makes it difficult to compare data, and the few results that are available did not find differences in empathy according to the type of degree studied.

This study has certain limitations, potentially including the number of participants, which was relatively close to the minimum advised for this type of research. Likewise, the intentional sampling limits our ability to generalize the results. In addition, the use of college undergraduates may reduce the generalizability of the results, although they are somewhat similar to professionals. Because empathy directly involves other people and occurs in social interactions, it can be measured from an external perspective [67]; thus, it would have been instructive to address external validity, although this could

be a target for future research. Further studies could include objective measures (e.g., the Situational Test of Emotional Management, STEM [68]; Diagnostic Assessment of Non Verbal Affect-Adult Facial Expressions, DANVA2-AF [69]; and Diagnostic Assessment of Non Verbal Affect-Adult Paralanguage, DANVA2-AP [70]) and ratings of others. Moreover, the use of the EME in a broader range of participants (i.e., healthcare professionals) would enhance the generalizability of the results beyond students. Other avenues of research include establishing causal models for the studied variables, as well as implementing the EMS in clinical contexts.

Conclusions

The EMS assumes that empathy is a multidimensional construct, and describes empathy processes based on cognitive and emotional dimensions. The sequential stages of the model reflect the interdependence of bottom-up processes, or direct perception processes, and top-down processes that imply regulation and control [7]. The scale makes an important contribution by measuring a wide range of behaviors that capture the ability to manage empathy appropriately, namely reverberation, separation, and projection. It is a particularly convenient instrument for use in professions where empathy is a necessary skill for ensuring positive interactions with patients/users, including for training purposes. Implementation of the EMS would deepen analyses of the disadvantages of feeling too much empathy in the absence of the skills needed to manage an emotional contagion and overload, and could facilitate the design of an intervention to restore the balance between feeling empathy and knowing how to manage it.

References

1. Sansó, N.; Galiana, L.; González, B.; Sarmentero, J.; Reynes, M.; Oliver, A.; Garcia-Toro, M. Differential effects of two contemplative practice-based programs for health care professionals. *Psicosoc. Interv.* 2019, 28, 131–138.
2. Yuguero, O.; Melnick, E.R.; Marsal, J.R.; Esquerda, J.; Soler-González, J. Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ Open* 2018, 8, e020949.
3. McKinnon, J. In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice. *J. Clin. Nurs.* 2018, 27, 3882–3893.
4. Mahmoudian, A.; Zamani, A.; Tavakoli, N.; Farajzadegan, Z.; Fathollahi-Dehkordi, F. Medication adherence in patients with hypertension: Does satisfaction with doctor-patient relationship work? *J. Res. Med. Sci.* 2017, 22, 48.
5. Delgado, N.; Bonache, H.; Betancort, M.; Morera, Y.; Harris, L.T. Understanding the Links between Inferring Mental States, Empathy, and Burnout in Medical Contexts. *Healthcare* 2021, 9, 158.
6. Davis, M.H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1983, 44, 113–126.
7. Decety, J. Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *Am. J. Med.* 2020, 133, 561–566.
8. Hong, H.; Han, A. A systematic review on empathy measurement tools for care professionals. *Educ. Gerontol.* 2020, 46, 72–83.

9. Reik, T. *Listening with the Third Ear*; Grove Press: New York, NY, USA, 1948.
10. Davis, M.H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catal. Sel. Doc. Psychol.* 1980, 10, 2–19.
11. Fernández-Pinto, I.; López-Pérez, B.; Márquez, M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión [Empathy: Measurements, theories and applications under review]. *An. Psicol.* 2008, 24, 284–298.
12. Mestre, M.V.; Frías, M.D.; Samper, P. Measuring empathy: The Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema* 2004, 16, 255–260.
13. Wilkinson, H.; Whittington, R.; Perry, L.; Eames, E. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn. Res.* 2017, 6, 18–29.
14. Duarte, L.; Pinto-Gouveia, J. Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Appl. Nurs. Res.* 2017, 35, 42–47.
15. Mottaghi, S.; Poursheikhali, H.; Shamel, L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nurs. Ethics* 2020, 27, 494–504.
16. Brunero, S.; Lamont, S.; Coates, M. A review of empathy education in nursing. *Nurs. Inq.* 2010, 17, 65–74.
17. Marilaf, M.; San-Martín, M.; Delgado-Bolton, R.; Vivanco, L. Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm. Clin.* 2017, 27, 379–386.

18. Hunt, P.A.; Denieffe, S.; Gooney, M. Burnout and its relationship to empathy in nursing: A review of the literature. *J. Res. Nurs.* 2017, 22, 7–22.
19. Salgado, M.E. Empathy management in consultation-liaison psychiatry. *Persp. Psicol.* 2015, 12, 44–51.
20. Zilber, A. Theories about Theory of Mind. The role of cognitive and emotional processes. *Rev. Latinoam. Psicol.* 2017, 9, 1–12.
21. Rogers, C.R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. Consult. Psychol.* 1957, 21, 95.
22. Rogers, C.R. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*; Houghton-Mifflin: Boston, CT, USA, 1965.
23. Shamay-Tsooy, S.G.; Aharon-Peretz, J.; Perry, D. Two Systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain* 2009, 132, 617–627.
24. Repetto, E. *Fundamentos de Orientación. La Empatía en el Proceso Orientador* [Orientation Fundamentals. Empathy in the Guiding Process]; Morata: Madrid, Spain, 1977.
25. Repetto, E. *Formación en Competencias Socioemocionales* [Training in Socio-Emotional Skills]; La Muralla: Madrid, Spain, 2009.
26. While, A. Touch: Knowledge and considerations for nursing practice. *Br. J. Community Nurs.* 2021, 26, 190–194.
27. Kelly, M.A.; Nixon, L.; McClurg, C.; Scherpbier, A.; King, N.; Dornan, T. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qual. Health Res.* 2018, 28, 200–212.

28. Leskowitz, E. Therapeutic touch. In *Complementary and Integrative Medicine in Pain Management; Complementary and Integrative Medicine in Pain Management*, 1st ed.; Weintraub, M.I., Mamtani, R., Micozzi, M.S., Eds.; Springer Publishing Company: New York, NY, USA, 2008; pp. 163–174.
29. Hall, J.A.; Schwartz, R. Empathy present and future. *J. Soc. Psychol.* 2019, 159, 225–243.
30. Dymond, R.F. A scale for the measurement of empathic ability. *J. Consult. Psychol.* 1949, 13, 127–133.
31. Hogan, R. Development of an empathy scale. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1969, 33, 307–316.
32. Mehrabian, A.; Epstein, N. A measure of emotional empathy. *J. Pers.* 1972, 40, 525–543.
33. Mehrabian, A. *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*; Albert Mehrabian: Monterey, CA, USA, 1996.
34. Pérez-Albéniz, A.; de Paúl, J.; Etxeberría, J.; Montes, M.P.; Torres, E. Spanish adaptation of the Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema* 2003, 15, 267–272.
35. López-Pérez, B.; Fernández-Pinto, I.; Abad, F.J. *TECA Test de Empatía Cognitiva y Afectiva [Cognitive and Affective Empathy Test]*; TEA Ediciones: Madrid, Spain, 2008.
36. Ocejja, L.; López-Pérez, B.; Ambrona, T.; Fernández, I. Measuring general dispositions to feeling empathy and distress. *Psicothema* 2019, 21, 171–176.
37. Reniers, R.L.; Corcoran, R.; Drake, R.; Shryane, N.M.; Völlm, B.A. The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *J. Pers. Assess.* 2011, 93, 84–95.

38. Aranda, M.; Montilla-Jiménez, G.; Montes-Berges, B. Escala de Personalidad Émpata (EPE) [Empath personality scale]. In Émpatas. La Capacidad de Sentir Como la otra Persona; Montes-Berges, B., Ed.; Ruiz de Aloza: Granada, Spain, 2011; pp. 143–163.
39. Montes-Berges, B. Émpatas. La Capacidad de Sentir Como la Otra Persona. ¿Por qué Hay Personas Que no Pueden ver el Telediario? [Empaths. The Ability to Feel Like the Other Person. Why are there People who Cannot Watch the News?]; Ruiz de Aloza: Granada, Spain, 2011.
40. Barrett-Lennard, G.T. Dimensions of the therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychol. Monogr.* 1962, 76, 1–36.
41. La Monica, E.L. Construct validity of an empathy instrument. *Res. Nurs. Health* 1981, 4, 389–400.
42. Hojat, M.; Mangione, S.; Nasca, T.J.; Cohen, M.J.; Gonnella, J.S.; Erdmann, J.B.; Magee, M. The Jefferson scale of physician empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educ. Psychol. Meas.* 2001, 61, 349–365.
43. Yu, J.; Kirk, M. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: Systematic review. *J. Adv. Nurs.* 2009, 65, 1790–1806.
44. Salovey, P.; Mayer, J.D. Emotional intelligence. *Imagin. Cogn. Pers.* 1990, 9, 185–211.
45. Mayer, J.D.; Salovey, P. What is Emotional Intelligence? In *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educator*; Salovey, P., Sluyter, D., Eds.; Basic Books: New York, NY, USA, 1997; pp. 3–31.
46. Muñoz, A.P.; Chaves, L. Empathy: A unique concept? *Katharsis* 2013, 16, 123–143.

47. Salovey, P.; Mayer, J.D.; Goldman, S.L.; Turvey, C.; Palfai, T.P. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In *Emotion, Disclosure and Health*; Pennebaker, J.W., Ed.; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 1995; pp. 125–154.
48. Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. Emotional intelligence, quality of interpersonal relationships and empathy in university students. *Clin. Health* 2004, 15, 117–137.
49. Mestre, J.M.; Fernández-Berrocal, P. *Manual de Inteligencia Emocional [Emotional Intelligence Manual]*; Pirámide: Madrid, Spain, 2007.
50. Meneghini, A.M.; Cunico, L.; Sartori, R. Empathy: Angel or devil? How shared emotions can help or hinder nurses in their relationships with patients. In *Psychology and Neurobiology of Empathy*; Psychology and Neurobiology of Empathy; Watt, D.F., Panksepp, J., Eds.; Nova Biomedical Books: Hauppauge, NY, USA, 2016; pp. 259–295.
51. Montes-Berges, B. *Émpatas, Empáticos y Ápatas. Claves Para Mejorar tu Empatía [Empatas, Empaths, and Apatas. Keys to Improve Your Empathy]*; Ruiz de Aloza: Granada, Spain, 2014.
52. Muñoz, J.; Fonseca-Pedrero, E. Ten steps for test development. *Psicothema* 2019, 31, 7–16.
53. George, D.; Mallery, P. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 update, 4th ed.; Allyn & Bacon: Boston, CT, USA, 2003.

54. Hair, J.F.; Black, W.C.; Babin, B.J.; Anderson, R.E. *Multivariate Data Analysis*, 7th ed.; Pearson Education: Upper Saddle River, NJ, USA, 2014.
55. Dimitrov, D.M. Testing for factorial invariance in the context of construct validation. *Meas. Eval. Couns. Dev.* 2010, 43, 121–149.
56. Filippetti, V.; López, M.A.; Richaud, M.C. Neuropsychological Approach to the Empathy Construct: Cognitive and Neuroanatomical Aspects. *Cuad. Neuropsicol.* 2012, 6, 63–83.
57. Gallese, V. The manifold nature of interpersonal relations: The quest for a common mechanism. *Philos. Trans. R. Soc.* 2003, 358, 517–528.
58. Fernández-Abascal, E.G.; Martín-Díaz, M.D. Relations between Dimensions of Emotional Intelligence, Specific Aspects of Empathy, and Non-verbal Sensitivity. *Front. Psychol.* 2019, 10, 1066.
59. Valor-Segura, I.; Expósito, F.; Moya, M. Forgiveness for transgressions in interpersonal relationships. *Psicosoc. Interv.* 2010, 19, 129–134.
60. Baron-Cohen, S. Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism. *Prog. Brain Res.* 2010, 186, 167–175.
61. Hojat, M.; Gonnella, J.S.; Nasca, T.J.; Mangione, S.; Vergare, M.; Magee, M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am. J. Psychiatry* 2020, 159, 1563–1569.
62. Toccaceli, V.; Fagnani, C.; Eisenberg, N.; Alessandri, G.; Vitale, A.; Stazi, M.A. Adult empathy: Possible gender differences in gene-environment architecture for cognitive and emotional

components in a large Italian twin sample. *Twin Res. Hum. Genet.* 2018, 21, 214–226.

63. Stern, J.A.; Cassidy, J. Empathy from infancy to adolescence: An attachment perspective on the development of individual differences. *Dev. Rev.* 2018, 47, 1–22.
64. Suna, B.; Luo, Z.; Zhang, W.; Lia, W.; Li, X. Age-related differences in affective and cognitive empathy: Self-report and performance-based evidence. *Aging Neuropsychol.* 2017, 1–18.
65. Wieck, C.; Kunzmann, U. Age differences in empathy: Multidirectional and context-dependent. *Psychol. Aging* 2015, 30, 407–419.
66. Bailey, P.E.; Brady, B.; Ebner, N.C.; Ruffman, T. Effects of Age on Emotion Regulation, Emotional Empathy, and Prosocial Behavior. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2020, 75, 802–810.
67. Roth, M.; Altmann, T. The self-other agreement of multiple informants on empathy measures and its relation to empathic accuracy. *Pers. Individ. Dif.* 2020, 171, e110499.
68. McCann, C.; Roberts, R.D. New paradigms for assessing emotional intelligence: Theory and data. *Emotion* 2008, 8, 540–551.
69. Nowicki, S.; Carton, J. The Measurement of Emotional Intensity from Facial Expressions. *J. Soc. Psychol.* 1993, 133, 749–750.
70. Baum, K.M.; Nowicki, S. Perception of emotion: Measuring decoding accuracy of adult prosodic cues varying intensity. *J. Nonverbal Behav.* 1998, 22, 89–107.

Appendix A

Table A1. Escala de Manejo de Empatía (EME) in Spanish

(1) Previamente a una situación difícil, empleo técnicas para afrontar las emociones que me esperan, como la relajación.	1	2	3	4	5
(2) Es difícil para mí darme cuenta de qué emociones negativas son mías y cuáles provienen de otra persona.	1	2	3	4	5
(3) Soy capaz de darme cuenta de si los sentimientos que experimento son míos o provienen de otra persona.	1	2	3	4	5
(4) Cuando sé que me voy a exponer a una situación emocionalmente negativa e intensa me preparo de alguna manera para distanciarme de esa situación.	1	2	3	4	5
(5) Cuando se trata de emociones positivas me doy cuenta con facilidad de cuáles me las ha contagiado otra persona y cuáles he generado yo.	1	2	3	4	5
(6) Aunque esté con otra persona que se siente mal, no me contagio de su emoción.	1	2	3	4	5
(7) Sé tranquilizar a las personas mediante mi contacto.	1	2	3	4	5
(8) Me contagio tan fácilmente de las emociones negativas de los demás que me afectan como si fueran mías.	1	2	3	4	5
(9) No suelo saber cómo se siente alguien por su comunicación no verbal.	1	2	3	4	5
(10) Cuando otra persona me explica cómo se siente, me resulta difícil entenderla.	1	2	3	4	5
(11) Cuando estoy con otra persona me doy cuenta de qué parte de lo que siento me está generando ella.	1	2	3	4	5
(12) Si alguien está triste, le contagio la alegría.	1	2	3	4	5
(13) Cuando estoy con otra persona que se siente mal termino sintiéndome igual de mal que ella.	1	2	3	4	5
(14) Me resulta difícil generar emociones positivas en una situación difícil.	1	2	3	4	5
(15) Me cuesta trabajo entender cómo se siente otra persona.	1	2	3	4	5
(16) Cuando tengo cerca a una persona que está nerviosa, puedo no saber cómo lo hago, pero la tranquilizo.	1	2	3	4	5
(17) Evito situaciones que impliquen emociones negativas porque no sé cómo deshacerme de ellas.	1	2	3	4	5
(18) Sé cómo separar mis sentimientos de los de los demás.	1	2	3	4	5

1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni en desacuerdo, ni de acuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo

III. PARTE EMPÍRICA. MEMORIA DE TRABAJOS

Capítulo 9. Creación y Validación del Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre Agresores de Violencia de Género

ESTUDIO 3

Mora-Pelegrín, M., Agustina Vázquez, M. Armenteros-Martínez, E., Aranda, M. y Montes-Berges, B. (2022). Creation and validation of the Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressors Inventory. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(2), 1-28. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3414>

Creation and validation of the Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressors Inventory

Abstract

Background: Myths and erroneous beliefs around gender violence jeopardise the progress made in recent decades. In trying to counteract them, it is important to be able to measure the extent to which these distorted thoughts are accepted by victims, aggressors, qualified professionals, and the general population. The main goal of this study was the construction and validation of a self-report instrument to evaluate the distorted thoughts on perpetrators of gender violence. *Method:* The study involved 855 participants, 479 female and 376 male, $M_{age} = 38.6$, $SD = 16$. After the psychometric analysis of the initial pool of items ($N = 100$), 35 were adjusted to the parameters of asymmetry, kurtosis, standard deviation, collinearity, and content validity. *Results.* The study of dimensionality yielded a one-dimensional model with 35 items. The confirmatory factor analysis showed adequate indices of goodness of fit ($\chi^2 = 208.321$) and Mean Square Error of Approximation (RMSEA = .052), optimal indices of Comparative Fit (CFI = .989) and corrected goodness of fit (AGFI = .987). The instrument was called the “Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressors Inventory” (DTGVAI) and reached an internal consistency of $\omega = .705$. Convergent validity showed a positive relationship between distorted thoughts about aggressors and a) thoughts about violence and victims, and b) ambivalent sexism. Men, older people, and the actively religious showed more distorted thoughts. *Conclusion.* In conclusion, the DTGVAI is a valid and reliable instrument for assessing myths about the abuser and serves as a starting point for efforts to neutralise these beliefs.

Keywords: Validation; Distorted thoughts; Aggressors; Gender violence; Evaluation; Myths; Clinical Psychology.

Introduction

Many risk factors and a variety of circumstances surround the phenomenon of gender violence. However, even today, neither these factors nor the extent to which they influence the occurrence of violence against women are exactly known (Bermúdez & Meléndez-Domínguez, 2020; Gracia et al., 2019; Gracia-Leiva et al., 2019; Puente-Martínez et al., 2016; Wemrell et al., 2019). Among the risk factors, myths or distorted beliefs associated with gender violence are especially important because they generate confusion and support the collective ideology's belief that the problem is less serious than it is. In consequence, ignorance of the possible characteristics of aggressors threatens to jeopardise the progress made in recent decades (Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012; Fenton & Jones, 2017; Marey-Castro & Del-Pozo-Triviño, 2020).

Several studies have analysed the distorted beliefs around this type of violence. They have focused on a range of factors, including tolerant attitudes towards violence against women and the perception of equality (Boira et al., 2013; Fox et al., 2014; Martín-Fernández et al., 2018; Ubillos et al., 2017), myths of romantic love (Bisquert-Bover et al., 2019; Caro & Monreal, 2017; Nebot-García et al., 2018; Rodríguez-Castro et al., 2013), ambivalent sexism and micromachisms (Arnosó et al., 2017; García-Campaña et al., 2018; Herrero et al., 2017; Noriega et al., 2020), stereotyped ideas about battered women (Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012; Diéguez et al., 2020; Ferrer-Pérez et al., 2016; Sprague et al., 2013; Yamawaki et al., 2012), and distorted thoughts about abusers (Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012; Diéguez et al., 2020; Ferrer-Pérez et al., 2016; Sanmartín et al., 2010). These studies make it possible to establish the repertoire of sexist beliefs and myths—about violence, perpetrators and victims—whose existence helps sustain the instrumental violence exerted on women.

The problem is exacerbated by the fact that these cognitive biases characterise all the agents involved in gender violence: the victims, the aggressors and the professionals (e.g., García-Díaz et al., 2020; Noriega et al., 2020). In Spain, the Government Delegation for Gender Violence (GDGV) reported that we are still far from eradicating this type of distorted thinking. Data on university students have revealed that only 25% have done a course related to gender violence (GDGV, 2012). In the health field, 62.2% of the doctors recognise the need to improve their skills in conducting clinical interviews in cases of gender violence. Additionally, a large majority (94.5%) stated that the little training they do receive hinders their ability to identify, diagnose and act appropriately in these cases (GDGV, 2015a). Although adolescents and young people believe there is a severe problem of gender inequality, they have great difficulty in making the link between controlling behaviour and gender violence. Many of them also think that most aggressors are foreigners (38%) or mentally ill (40%) (GDGV, 2015b).

Other recent studies indicate that health professionals have difficulties in identifying cases of gender violence and that their ambivalent sexist attitudes (hostile and benevolent) are related to their having less involvement in these types of cases. However, this situation improves as the number of hours of training increases, mainly due to reduced levels of benevolent sexism (Noriega et al., 2020). García-Díaz et al. (2020) found that among a sample of healthcare undergraduates, 62.8% of the total sample and 75.9% of psychology students tolerated violence in a partner. Other studies concluded that, despite taking subjects that address gender violence, university students in the fields of health and law continue to show erroneous attitudes and perceptions on this problem (Diéguez et al., 2020). In addition, future teachers, who represent one of the most influential sectors in preventing gender inequalities, show acceptance of some myths related to

romantic love, gender roles and violence against women (Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero, 2018, 2019). In another study with participants of different ages (from 17 to 80 years old), of whom almost half were university students, 66% had false beliefs about those who suffer or commit this type of violence and 38% considered -erroneously- that there is an instrumentalization of the reports (that is, false reports) in order to get some benefits (Ferrer- Pérez et al., 2016).

In clinical and research studies examining tolerant attitudes and irrational beliefs about gender violence, one of the most used instruments is the Inventory of Distorted Thoughts about Women and the Use of Violence (in Spanish *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia*, IPDMUV; Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998). The inventory was designed to provide a one-dimensional assessment of the cognitive biases exhibited by violent men as part of a cognitive-behavioural program for the treatment of abusers. Since its publication, it has become a widely used tool to detect changes in abusers who participate in intervention programs (e.g., Boira et al., 2013; Loinaz, 2014). The instrument has also been used in other studies to assess beliefs in the general population (Ferrer et al., 2016; Loinaz, 2014). It consists of 29 dichotomous items on gender roles and women's inferiority and on the legitimization of violence to resolve conflicts. Subsequently, a shorter version of 21 items was created and validated, the IPDMUV-R (Echeburúa et al., 2016), which established cut-off points that allow discrimination between aggressors, potential aggressors, and non-aggressors. Likewise, positive correlations were obtained with ambivalent sexism.

Other instruments measure distorted beliefs about different aspects of gender violence. The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale (AMMSA; Gerger et al., 2007), validated in Spanish by Megías

et al. (2011), subtly measures current myths about sexual assault. The scale of Acceptance of Myths about Intimate Partner Violence against Women (AMIVAW; Megías et al., 2018) consists of 15 common myths about intimate partner violence. Finally, the 20-item Acceptability of Intimate Partner Violence Against Women scale (A-IPVAW; Martín- Fernández et al., 2018) explores situations related to coercion and physical and verbal violence.

Another set of self-report measures, although they do not directly measure distortion concerning gender violence, have helped us understand the existence of such biases. The Gender Role Attitudes Scale (GRAS, García-Cueto et al., 2015) is the most prominent: it has 20 items that assess sexist attitudes in three areas: family, social relations and employment. Other instruments that have proved useful are the Ambivalent Sexism Inventory (ASI; Glick & Fiske, 1996), which measures hostile and benevolent sexism (validated into Spanish by Expósito et al., 1998), the Romantic Jealousy Scale (ECR; White, 1976; validated into Spanish by Montes-Berges, 2008), and the Myths towards Love scale (Bosch et al., 2007; validated in a sample of adolescents by Rodríguez-Castro et al., 2013).

The instruments mentioned in the previous paragraph allow us to obtain information on a range of types of attitudes and to generate knowledge about the victims, the couple relationship and the circumstances of the episodes of violence. However, these measures provide less knowledge about the characteristics of the aggressors and distorted beliefs about these aggressors.

Wrong perceptions and lack of knowledge about the characteristics of the abuser (e.g., communication and affective patterns, attitudes, management of emotions, etc.) can constitute a risk factor for the occurrence of violence since they increase the difficulty of detecting cases and managing

an intervention (Ghinassi et al., 2021). The existence of numerous typologies describing them is a clear indicator of the heterogeneity— the great variety of characteristics and peculiarities—among men who assault their partners (Amor et al., 2009; Domínguez et al., 2015; Dutton, 1997; Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2004; Holtzworth- Munroe & Stuart, 1994; Huertas, 2020; Loinaz, 2009). Some studies found no significant differences, in some characteristics, between the perpetrators of gender violence and other male criminals (Juarros-Basterretxea et al., 2018; Loinaz et al., 2018; Sjödin et al., 2017). This, together with the evidence that there is no single profile, enforce us to take all types of aggressors into consideration (Boira, 2010; Huertas, 2020; Torres et al., 2013); it also necessitates a different approach. This approach implies the detection of relevant variables that usually are found in different types of men who exercise violence against women. Some characteristics are associated with perpetrators of gender violence, such as double façade, the type of discourse and justification, the externalisation of guilt, controlling behaviours, manipulation, jealousy and possessive attitudes, resistance to change and the use of violence to resolve conflicts (Adams, 1988; Arias, 2018; Corsi, 1991; Dohmen, 1995; López & Moral, 2020; Sonkin & Durphy, 1982). They are also relatively easily perceived. However, not all abuser characteristics are known equally, nor they are so easily observable. Examples include low self-esteem, emotional dependence and insecurity (Arias, 2018; Corsi, 1991; Currie, 1985; Dohmen, 1995; Guerrero-Molina et al., 2017; Henning & Connor-Smith, 2011; López & Moral, 2020; Rondeau et al., 1989; Sonkin & Durphy, 1982). They are difficult to detect because they often stay below the surface. Another problem is that the known characteristics of aggressors can lead to a “totalising” (generalisable) discourse about them in society, favouring the consolidation of myths and erroneous beliefs that make it harder to prevent this type of violence.

In sum, the lack of clarity in our information about perpetrators of gender violence fosters the creation and consolidation of myths and false beliefs. Against this background of distorted images of aggressors and the ignorance of the risk factors, the difficulty of detecting signs of violence against women increases. As some authors point out (Carbajosa et al., 2013; Echeburúa et al., 2016; Lila et al., 2013), we consider that reducing violence against women involves detecting, addressing and modifying the distorted beliefs present in all spheres of our society. If they are to be counteracted effectively, it is essential to detect the degree of acceptance of the myths and false beliefs among the social agents most significantly involved in this phenomenon (victims, aggressors, qualified professionals and university students). The present work, therefore, aims to design and validate an instrument for evaluating a range of cognitive biases held about gender violence aggressors. These include sociodemographic, behavioural, cognitive, and emotional characteristics, and features related to interaction with their partner and the environment, personality and prognosis of change. The intention is that it will be useful in various contexts, in planning more effective prevention strategies and intervention programmes.

Method

Participants

The study involved 855 participants. A non-probabilistic sampling of the intentional type and snowball was used. Of the total, 56% were female ($n = 479$) and 44% were male ($n = 376$), with a mean age of 38.6 ($SD = 16.0$, $Min = 18$, $Max = 70$). Regarding occupation, 21.6% were university students, 59.9% were workers from different sectors, 8.6% were carers, 5.3% were retired and 4.6% were unemployed. The distribution of the highest level of studies completed was as follows: no studies (6.6%), primary studies (20.2%),

secondary studies (9.9%), high school or vocational/occupational training (16.6%), undergraduate university studies (46.5%), postgraduate studies (0.2%). The political orientations of the participants were left: 22.6%, center: 15.4%, right: 32.6% and apolitical: 29.4%. 68.2% described themselves as believers in some religion. When asked whether they had known any case of gender violence, 31.1% said yes and 68.9% no.

Instruments

The Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressors Inventory (DTGVAI) is an initial battery of 100 items. It assesses the myths or erroneous beliefs held by people about the stereotype of the abuser. The responses were along a 5 point Likert scale.

The Inventory of Distorted Thoughts about Women and the Use of Violence-Revised (in Spanish IPDMUV- R; Echeburúa et al., 2016) consists of 21 binary items. It allows us to identify irrational beliefs about gender roles and the supposed inferiority of women relative to men and about the use of violence as an acceptable way to resolve conflicts. The range of the test is between 0 and 21 points. The higher the score, the greater the number of cognitive distortions about women and the use of violence.

The Ambivalent Sexism Inventory (ASI; Glick & Fiske, 1996; Spanish validated version by Expósito et al., 1998) comprises 22 items. It evaluates two dimensions: hostile sexism (discriminatory attitudes and behaviours based on the supposed inferiority of women) and benevolent sexism (less harmful, but considers women as fragile people who need care and protection). The mode of response is on a Likert-type scale that ranges from 0 (“totally disagree”) to 5 (“totally agree”). Higher scores indicate more sexism. This scale has been validated in populations from different countries (Glick et al., 2000, 2002). The Spanish version showed adequate psychometric properties ($\alpha = .90$ for the

total score and $\alpha = .89$ and $\alpha = .86$ for the hostile and benevolent sexism subscales, respectively). Other studies have shown good psychometric properties of the Spanish version of the scale (Arnoso et al., 2017; León-Ramírez & Ferrando, 2014).

The Sociodemographic variables were gathered using ad hoc questions on the following: gender, age, profession, educational level, experience of direct experience related to gender violence, political ideology, and self-description, or not, as a believer.

Procedure

Inventory construction

After analysing the main contributions in this field (e.g., Adams, 1988; Amor et al., 2009; Corsi, 1991; Currie, 1985; Dohmen, 1995; Dutton, 1997; Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Loinaz, 2009; Sonkin & Durphy, 1982), we elaborated a theoretical model that captures the relevant characteristics associated in previous research with men who exercise violence against women, and with myths around the image of these men. The inventory that we developed includes the following categories: sociodemographic, behavioural, cognitive, personality and emotional factors, interaction with their partner and the environment and prognosis of change. An initial battery of items ($N = 100$) was generated by a group of experts in social psychology and, specifically, in perception, attitudes and gender violence. In its elaboration, the basic principles followed were representativeness, relevance, diversity, clarity, simplicity and understandability (Muñiz et al., 2005). We avoided the use of technicalities, double negatives and excessively verbose or ambiguous statements (Muñiz, 2018; Muñiz et al., 2005). Care was taken that the language used was inclusive, not offensive and/or discriminatory (Muñiz & Fonseca-Pedrero,

2019). In order to reduce both response bias and acquiescence bias (Cupani et al., 2019; Wetzel et al., 2016), some items were written directly (the higher the score, the more distortion) and others indirectly (the higher the score, the less distortion).

The response format chosen was a 5-point Likert scale in order to facilitate consideration and analysis of the responses as on a continuum (Lloret-Segura et al., 2014).

Procedure for instrument administration

To avoid order effects, the three questionnaires were presented in a counterbalanced way using the D'Amato algorithm (Ramos et al., 2004). Precise instructions were given on the correct form of administration; the time taken for the test ranged between 30 and 40 minutes. Participants responded in paper and pencil format, in groups and during classes. They completed the informed consent form, which informed them of the objectives of the study and the voluntary, anonymous nature of their participation. The first participants facilitated contact with others, of various age ranges. The final sample was, therefore, a heterogeneous group. Sociodemographic characteristics were considered in the analyses to provide evidence of the instrument's validity. Throughout the process, the confidentiality of the subsequent treatment of the information was guaranteed, and the principles of the Ethics Commission of the University of Jaén were respected.

Data analysis plan

First, the analysis of the psychometric properties of the items ($N = 100$) was carried out. The assumption of normality of the sample was verified through the analysis of the items' distribution (skewness and kurtosis), mean (M) and the standard deviation (SD). The items considered adequate were

those with asymmetry and kurtosis values between ± 1 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Muthén & Kaplan, 1985, 1992), weighted means between 1.5 and 4.5 points and $SD \geq 1$ (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). The study of collinearity was carried out through the bivariate correlations between the items (Pérez & Medrano, 2010) and their differential functioning. Those items with a value of $r \geq .300$ were discarded (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015). Next, a correlation analysis of the items with the counterbalance order effects was performed in which the three self-report measures were presented (distorted thoughts on aggressors [DTGVAI], distorted thoughts on women and violence [IPDMUV-R] and ambivalent sexism [ASI]), resulting in the elimination of items with positive correlations, $p < .05$.

The remaining items ($N = 45$) were submitted to the judgment of two independent experts to determine their content validity. Inter-judge agreement was calculated using Cohen's (1960) kappa index. For this, the following two categories were created with mutually exclusive values: "redundancy" (0 = redundant; 1 = not redundant) and "understandability" (0 = not understandable; 1 = understandable). For the interpretation of the κ values, the criteria of Landis and Koch (1977) were used. Disagreements were resolved by discussion and consensus between the two investigators until there was 100% agreement.

Second, the dimensionality analysis was performed through exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). For these analyses, the FACTOR programme versión 10.8.04 was used (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2013), after the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO Coefficient) test had been performed to determine the adequacy of the sample. Due to the ordinal nature of the responses (Likert-type scale), a polychoric correlation matrix was used (Elosua & Zumbo, 2008). The sample was divided into two parts (see Anderson & Gerbing, 1988; Brown, 2006; Lloret-Segura et al., 2014),

a subsample of $n = 500$ participants for the EFA and a subsample of $n = 355$ for the CFA. For the EFA, parallel analysis was used as the factor extraction method and, the Promin oblique rotation method was used to increase interpretability. Items with factorial loading > 0.300 were considered as long as there were at least three items in each factor (Lloret-Segura et al., 2014). The CFA was applied to compare and verify the unifactorial model resulting from the EFA, using the EQS statistical package (Bentler, 2006). The maximum likelihood estimation method and the corrections of Satorra and Bentler (2001) were used. The following measures were used to evaluate the fit of the model: the Chi-Square (χ^2), Mean Square Error of Approximation (RMSEA; values ≤ 0.08 to consider a good fit), Comparative Fit Index (CFI) and the corrected goodness of fit index (AGFI; values greater than or equal to 0.90 to consider a good fit). For there to be a good fit of the model, the CFI values must be ≥ 0.95 (Byrne, 2010).

Finally, the internal consistency and external validity analyses were applied to the resulting final model (unifactorial with 35 items). The reliability index used was the Ω (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019; Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017), and convergence analysis was used to test external validity (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019; Strauss & Smith, 2009) between the distorted thoughts on aggressors (DTGVAI), distorted thoughts on women and violence (IPDMUV-R) and ambivalent sexism (ASI). Finally, as further evidence of validity, we assessed the relationship between the inventory scores and the following parameters: sociodemographic variables of gender, age (by groups of 10 years, from 20 to 70), educational level, political orientation and being or not being a believer. Differences in scores between categorical variables on distorted thoughts on aggressors were calculated using ANOVA. Post-hoc comparisons in variables with homogeneity of variances were calculated using the Tukey test because of its versatility and ability to control for type I error.

The homonymous test with similar potentialities, Games-Howell (Abdi & Williams, 2010) was used on the assumptions of inequality of variances.

Results

Psychometric study of the items

The analysis of the skewness and kurtosis revealed that most of the scores on the items were adjusted to normality. Following the most restrictive criterion of the range ± 1 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Muthén & Kaplan, 1985, 1992), 18 items did not meet the assumption (items 3, 5, 13, 15, 22, 38, 40, 45, 50, 62, 67, 75, 77, 87, 93, 94, 96, 99) (Table 1).

Regarding the means and standard deviations, all items showed a weighted mean between 1.86 and 4.46 and a standard deviation between 0.87 and 1.26. The remaining items were then subjected to the criterion of $SD < 1$, eliminating 20 items (23, 26, 29, 30, 37, 39, 46-48, 51, 57-58, 64, 71, 73, 82, 84, 88, 92, 97) (Table 1).

The bivariate correlation analysis between the remaining items (Pérez & Medrano, 2010) led to the elimination of nine items (2, 8, 18, 28, 41, 43, 52, 81, 98) with correlation $\geq .300$, preventing collinearity biases (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015) (Table 1). Lastly, a correlation was made between each of the items and each of the possible orders of presentation in the questionnaire. The analyses yielded eight items that showed significant correlations ($p < .05$), and these were eliminated (items 7, 16, 17, 20, 60, 61, 66, 72).

Table 1. Descriptive and distribution statistics for the Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressors Inventory (DTGVAI).

Nº item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Kurtosis	Asymmetry	Items correlation
1	3,55	1,22	-0,781	-0,491	$p > .05$
2*	2,33	1,07	-0,221	0,613	$r = .355, p = .001$
3	1,94	1,21	0,341	1,205	-
4	2,47	1,14	-0,659	0,350	$p > .05$
5	4,46	0,89	4,514	-2,091	-
6	3,59	1,13	-0,109	-0,680	$p > .05$
7	3,88	1,04	0,366	-0,860	$p > .05$
8	2,50	1,12	-0,736	0,301	$r = .359, p = .001$
9	3,35	1,06	-0,233	-0,492	$p > .05$
10	3,45	1,01	-0,157	-0,315	$p > .05$
11	2,48	1,16	-0,650	0,452	$p > .05$
12	2,75	1,13	-0,799	0,171	$p > .05$
13	4,10	1,02	1,722	-1,403	-
14	2,83	1,09	-0,430	0,092	$p > .05$
15	4,05	0,93	1,005	-1,024	-
16	3,56	1,07	-0,436	-0,450	$p > .05$
17	3,82	1,07	0,146	-0,862	$p > .05$
18	3,57	1,16	-0,526	-0,569	$r = .331, p = .001$
19	2,77	1,15	-0,641	0,248	$p > .05$
20	3,35	1,00	-0,190	-0,510	$p > .05$
21	3,54	1,04	-0,247	-0,518	$p > .05$
22	4,10	0,89	1,737	-1,189	-
23	2,29	0,96	0,094	0,509	-
24	3,33	1,17	-0,724	-0,350	$p > .05$
25	2,59	1,12	-0,725	0,290	$p > .05$
26	2,74	0,93	-0,054	-0,025	-
27	2,35	1,10	-0,383	0,564	$p > .05$
28	3,56	1,05	-0,020	-0,708	$r = .427, p = .001$
29	3,87	0,99	0,779	-0,976	-
30	4,05	0,95	0,662	-0,987	-

31	2,99	1,14	-0,778	0,081	$p > .05$
32	3,74	1,01	0,179	-0,707	$p > .05$
33	2,91	1,09	-0,672	0,012	$p > .05$
34	2,72	1,17	-0,860	0,167	$p > .05$
35	2,55	1,07	-0,509	0,334	$p > .05$
36	3,43	1,07	-0,309	-0,492	$p > .05$
37	3,56	0,88	0,351	-0,478	-
38	3,96	1,04	1,186	-1,230	-
39	3,99	0,97	0,491	-0,934	-
40	3,94	1,00	1,044	-1,117	-
41	2,54	1,03	-0,588	0,198	$r = .340, p = .001$
42	2,51	1,03	-0,485	0,197	$p > .05$
43	3,89	1,06	0,302	-0,932	$r = .340, p = .001$
44	3,11	1,01	-0,479	0,024	$p > .05$
45	3,89	0,91	1,032	-0,927	-
46	3,57	0,95	0,041	-0,479	-
47	3,59	0,98	-0,156	-0,537	-
48	2,56	0,96	-0,085	0,177	-
49	2,90	1,19	-0,711	0,233	
50	3,93	0,94	0,993	-1,003	-
51	3,45	0,94	-0,125	-0,283	-
52	3,18	1,11	-0,715	-0,257	$r = .309, p = .001$
53	2,92	1,08	-0,656	0,090	$p > .05$
54	3,57	1,06	-0,498	-0,487	$p > .05$
55	3,17	1,10	-0,751	-0,121	$p > .05$
56	2,66	1,06	-0,798	0,114	$p > .05$
57	3,86	0,92	0,961	-0,917	-
58	3,70	0,97	-0,004	-0,543	-
59	3,25	1,06	-0,494	-0,215	$p > .05$
60	3,49	1,08	-0,150	-0,667	$p > .05$
61	2,41	1,01	-0,495	0,326	$p > .05$
62	1,86	1,09	0,872	1,270	-
63	3,67	1,04	-0,086	-0,661	$p > .05$
64	3,94	0,98	0,550	-0,932	-
65	2,21	1,11	-0,206	0,752	$p > .05$
66	3,55	1,02	-0,086	-0,553	$p > .05$
67	1,88	1,01	0,763	1,114	-

68	2,53	1,26	-0,759	0,487	$p > .05$
69	2,66	1,06	-0,635	0,178	$p > .05$
70	3,64	1,04	0,015	-0,712	$p > .05$
71	3,31	0,99	-0,335	-0,187	-
72	2,46	1,13	-0,299	0,598	$p > .05$
73	3,57	0,96	-0,134	-0,514	-
74	3,09	1,11	-0,733	-0,184	$p > .05$
75	4,01	0,96	1,041	-1,068	-
76	2,22	1,07	0,102	0,831	$p > .05$
77	4,02	0,94	1,488	-1,157	-
78	3,25	1,02	-0,310	-0,267	$p > .05$
79	2,41	1,00	-0,315	0,474	$p > .05$
80	2,52	1,03	-0,559	0,353	$p > .05$
81	2,93	1,07	-0,589	0,131	$r = .324, p = .001$
82	3,69	0,96	0,548	-0,814	-
83	2,71	1,18	-0,866	0,240	$p > .05$
84	3,70	0,95	0,098	-0,606	-
85	2,55	1,09	-0,459	0,472	$p > .05$
86	2,75	1,04	-0,595	0,132	$p > .05$
87	1,90	1,00	0,841	1,138	-
88	3,12	0,94	0,083	-0,341	-
89	2,17	1,00	0,261	0,797	$p > .05$
90	2,88	1,13	-0,784	0,032	$p > .05$
91	3,15	1,07	-0,643	-0,109	$p > .05$
92	3,26	0,93	-0,103	-0,310	-
93	3,99	1,00	0,933	-1,106	-
94	4,02	0,86	1,550	-1,021	-
95	2,57	1,14	-0,663	0,327	$p > .05$
96	4,16	0,99	0,995	-1,227	-
97	3,20	0,98	-0,091	-0,199	-
98	2,76	1,13	-0,844	0,153	$r = .316, p = .001$
99	3,87	0,87	1,101	-0,896	-
100	2,31	1,23	-0,591	0,663	$p > .05$

* Note: items in bold have been removed.

Content validity

The application of Cohen's kappa index for the "redundancy" criterion yielded values of $\kappa = .831$, $p < .001$, finding 84.4% initial agreement between judges. For the "understandability" criterion, the values were $\kappa = .643$, $p < .001$, reaching 71.1% of initial agreement. The interpretation of the degree of inter-judge agreement, following the proposals of Landis and Koch (1977), could be considered almost perfect for the redundancy criterion and strong for the understandability criterion. Discrepancies were resolved by consensus until 100% agreement was reached. As a result, items rated as redundant (32, 44, 68), and less understandable and ambiguous (14, 19, 35, 49, 56, 74, 86) were eliminated.

Thirty-five items remained after the psychometric analysis of the items and the content validity through inter-rater reliability: $n = 35$ (Table 2).

Table 2. Items remaining after the psychometric adjustment process.

Nº item	Items' writing
1(1)*	Men who assault their partners are violent by nature.
4(2)	Psychological help for the victim and treatment for the abuser are not equally necessary.
6(3)	The exercise of violence helps abusers maintain high self-esteem.
9(4i**)	Most batterers who seek treatment do so when they fear losing their partner.
10(5i)	Abusive men have a low tolerance for frustration.
11(6)	The majority of abusers come from marginal socio-family environments.
12(7)	Batterers often take responsibility for their behaviour when they are brought before a judge.
20(8i)	Some abusers can indeed feel bad about assaulting their partners, even though they do not stop doing it.
21(9i)	Often, abusers believe they are the real victims of the situation.
24(10i)	The first signs of violence in the abuser usually appear at the beginning of the couple's relationship (courtship).
25(11)	The man who mistreats his wife does not always consider her inferior to him.
27(12)	Most abusers who apologise to victims do so sincerely because they feel ashamed.
29(13i)	Most abusers think their partner is the one who needs to change.
31(14)	Abusers can never change no matter how hard they try.
33(15)	People close to the abuser usually believe what is happening, as reported by the victim.
34(16)	Not all male abusers have macho beliefs.
36(17)	When an abuser agrees to go to treatment it is because he is truly aware of his difficulties in maintaining a healthy relationship.
42(18)	Most abusers usually look for a friend to whom they can tell their problems.

- 53(19) Only the most violent aggressors legitimise this type of behaviour (aggressive) as a way of resolving conflicts with their partners.
- 54(20i) The abuser often firmly believes that his wife is cheating on him or is unfaithful.
- 55(21) Men who are violent with their partner do not need to talk about it.
- 59(22) In very few cases, the abusers argue that they have also been assaulted by their wives.
- 63(23i) Most men who are violent with their partners only enter treatment when required by a court order.
- 65(24) The abusers are usually older people.
- 69(25) Normally, abusers tend to recognise the dependence they have on their partners.
- 70(26i) Coming from a normalised socio-family environment (not marginal) does not guarantee that the man cannot perpetrate intimate partner violence in the future.
- 76(27) Batterers cannot hide their behaviour and behave in the same way at home as in other places.
- 79(28) Men who constantly criticise their partners are looking to cause the woman to leave them.
- 83(29) The abuser does not usually behave violently (physically or psychologically) until the relationship with a woman is consolidated.
- 85(30) Batterers are usually people with a mental illness.
- 89(31) When a man realises that his behaviour towards his wife is violent, he usually goes to a professional (therapist) for help.
- 90(32i) The abuser is usually a socially isolated man, at least emotionally.
- 91(33) The vast majority of abusers have seen or suffered violence within their family environment.
- 95(34) Most abusers are men with high self-esteem.
- 100(35) The abuser uses extreme violence only when necessary and has no other choice to resolve conflicts.

* Note: the number in parentheses corresponds to the numbering after successive deletions of items.

** Note: the score of the items must be inverted before calculating the weighted average.

Dimensionality study

Exploratory factor analysis

The result of the Kaiser-Meyer-Olkin test was .866, which indicates that the data were satisfactorily adapted to the EFA (Costello & Osborne, 2005; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura et al., 2014).

Parallel analysis applied to a subsample of $n = 500$ showed that the appropriate number of factors was 15. The EFA was performed with the Maximum Likelihood method, with oblique rotation without fixing the number of factors and subsequently, which fixed the number at 15. In both possibilities, the statistical programme resolved that in iteration 25, no local minimum was found. In this way, the scale was considered one-dimensional.

Confirmatory factor analysis

The CFA was estimated with the Maximum Likelihood method. The results show adequate values for each indicator, showing that the data has an acceptable fit to the unifactorial model previously proposed ($\chi^2 = 208.321$, RMSEA = .052, GFI = .989 and AGFI = .987).

Internal consistency

The reliability analysis of the final version of 35 items indicated a satisfactory Omega Coefficient of .705 (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017).

External validity

The other instruments included in the study were shown to be significantly correlated ($r = .242$, $p \leq .001$) with the Inventory of Distorted Thoughts about Women and the Use of Violence, and ($r = .355$, $p \leq .001$) with the Ambivalent Sexism Inventory. The correlations of the ASI subscales with

our instrument were also significant and positive (with Benevolent Sexism: $r = .350$, $p \leq .001$; Hostile Sexism: $r = .301$, $p \leq .001$). The means and standard deviations of the ambivalent sexism scale with its subscales and of the Distorted Thoughts of Women and Violence scale are shown in Table 3.

Table 3. *M* and *SD* of the Distorted Thoughts on Gender Violence Aggressor Inventory with the Inventory of Distorted Thoughts about Women and Use of Violence, and the Ambivalent Sexism Inventory with its subscales.

Others scales and subscales	<i>M</i>	<i>SD</i>
Distorted thoughts about aggressors	2.71	.31
Distorted thoughts about women and violence	1.80	.13
Ambivalent sexism	1.81	.89
Benevolent sexism	1.81	.97
Hostile Sexism	1.81	.98

Finally, the mean difference analyses of the total DTGVAI were performed with the sociodemographic variables. In relation to gender, women showed fewer distorted thoughts towards perpetrators of gender violence, $F(1, 854) = 27.8$, $p < .001$, $M_{\text{woman}} = 2.65$, $SD = 0.30$, $M_{\text{man}} = 2.77$, $SD = .32$. Regarding age, all groups showed significantly lower scores than the 61-70 year-old group, $F(1, 854) = 5.68$, $p < .001$, $M_{20-30} = 2.61$, $SD = 0.33$, $M_{31-40} = 2.63$, $SD = 0.31$, $M_{41-50} = 2.65$, $SD = 0.29$, $M_{51-60} = 2.64$, $SD = 0.32$, $M_{61-70} = 2.79$, $SD = 0.31$. The professions were grouped into primary, secondary, services, administrative, unemployed, retired and student sectors. Significant differences were found only between retired people and i) students and ii) those who worked in the service sector (e.g. educators, teachers, psychologists, health, lawyers, caregivers), $F(6, 817) = 3.63$, $p = .001$; Dif. Means I-J = $-.17$ and $.15$, $p < .001$ and $p = .001$, respectively; $M_{\text{retired}} = 2.82$, $SD = 0.33$, $M_{\text{students}} = 2.65$, $SD = 0.33$, $M_{\text{service-sector}} = 2.66$, $SD = .31$. In relation to the level of studies, responders with university level education scored significantly

lower on distorted thoughts about the aggressors, $F(4, 830) = 10.4, p < .001$, than all the others (without studies, primary and secondary), except those with vocational/occupational qualifications, Dif. Means I-J = -.16, -.16 and -.11, $p = .002, p = .000, p = .024$, respectively; $M_{\text{University}} = 2.64, SD = 0.28, M_{\text{without studies}} = 2.81, SD = 0.35, M_{\text{Primary}} = 2.80, SD = 0.34, M_{\text{Secondary}} = 2.76, SD = 0.33$. Those with vocational/occupational qualifications, in turn, also showed significantly lower scores than all the other lower levels ($M_{B/FP} = 2.64, SD = .30$) and similar to university students.

No significant differences were found in the distorted thoughts scores towards gender violence aggressors between participants who had a stable partner at the time of answering and those who did not $F(1, 846) = .144, p = .704$. However, significant differences found between those who knew a victim of gender violence and those who did not, with the former category displaying fewer distorted thoughts, $F(1, 841) = 11.1, p = .001, M_{\text{yes}} = 2.64, SD = .33, M_{\text{no}} = 2.73, SD = .31$.

No significant differences were found with regard to political orientation $F(3, 816) = 2.29, p = .07$, but they did emerge between and religious believers and non-believers, $F(1, 845) = 6.83, p = .01$, with the former showing more distorted thoughts than the latter, $M_{\text{yes}} = 2.72, SD = .30, M_{\text{no}} = 2.66, SD = .34$.

Discussion

The myths, beliefs or distorted thoughts around gender violence represent one of the most relevant risk factors for the occurrence and perpetuation of this type of violence. If we want to counteract these risk factors - the cognitive biases associated with a stereotyped view of the problem - we must measure their degree of acceptance among the agents involved (victims, aggressors, qualified professionals, university students and

the general population). That is, instruments must be developed that accurately measure the prevalence of these erroneous beliefs and how widely they are accepted in society.

This study aimed to design and validate an instrument (DTGVAI) to assess distorted thoughts about men who commit gender violence. The analyses undertaken validated the DTGVAI, composed of 35 items distributed in a single dimension. This encompasses the characteristics derived from the main theoretical contributions in this field of research (e.g., Adams, 1988; Amor et al., 2009; Corsi, 1991; Currie, 1985; Dohmen, 1995; Dutton, 1997; Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; Loinaz, 2009; Sonkin & Durphy, 1982). These characteristics are sociodemographic, behavioural, cognitive, and emotional in nature; they also include the perpetrator's interactions with his partner and the environment and the prognosis of change in his violent behaviour. The psychometric adjustment of the scale was optimal, with adequate validity and reliability indices.

The test of the convergent validity of the instrument showed a significant relationship with the other scales used in this study and with measures of cognitive biases associated with violence against women. As expected, distorted thoughts about perpetrators of gender violence (measured with the DTGVAI) correlate positively with cognitive biases on gender roles, the inferiority of women, and the legitimization of violence as a way of resolving conflicts (measured with the IPDMUV-R). In addition, higher degrees of distortion on the perception of abusers were associated with higher levels of both "hostile" and "benevolent" sexism (evaluated with the ASI). Previous studies show that both inventories correlate significantly both with each other and with scales that measure other erroneous beliefs. In the study of Arnoso et al. (2017), about the role of sexism as a predictor of intimate partner violence in a multicultural context, it was observed that the

different measures of sexism were significantly related to each other. This positive relationship between cognitive biases and ambivalent sexism is also shown in the research of Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero (2019), that analyzed the distorted beliefs about gender roles and intimate partner violence against women in a sample of preservice teachers. Similar results were obtained in the study of Ubillos et al. (2017), that assessed distorted cognitions regarding women and violence in a sample of secondary school students. In studies related to the creation and validation of scales that measure distorted thoughts, the scores obtained showed statistically significant correlations with a wide range of instruments measuring different forms of sexism. This is the case of the Inventory of Distorted Thoughts about Women and the Use of Violence-Revised (IPDMUV-R; Echeburúa et al., 2016), the Acceptability of Intimate Partner Violence Against Women scale (A-IPVAW; Martín-Fernández et al., 2018); the spanish validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale (The Spanish AMMSA; Megías et al., 2011); and the Acceptance of Myths About Intimate Partner Violence Against Women Scale (AMIVA; Megías et al., 2018).

Finally, comparing the scores obtained by the DTGVAI with the sociodemographic variables reveals significant differences associated with gender, age, employment, educational level, knowledge of close cases of gender violence and religious belief. Some of these results are in line with previous research, which showed that erroneous beliefs about various aspects of gender violence were less present in women than in men (Arnoso et al., 2017; Bisquert-Bover et al., 2019; Bonilla-Algovia & Rivas-Rivero, 2019; Martín-Fernández et al., 2018; Megías et al., 2018; Yamawaki et al., 2012). Other studies found different pathways based on gender in the expression of diverse variables (e.g., Pace & Muzi, 2019; Raineri et al., 2022); these authors considered that the more sensitiveness of women could partially explain such

differences (Raineri et al., 2022). Previous data reveal and support our finding regarding the higher amount of gender violence myths among people with religious beliefs (Berkel et al., 2004; Jankowski et al., 2018). The results available from the previous literature are not conclusive on variables other than gender and religion because they are scarce and even contradictory. Other studies (Diéguez et al., 2020; Ferrer-Pérez et al., 2016; García-Díaz et al., 2020; González et al., 2011; Sprague et al., 2013) suggest that these myths and erroneous beliefs prevail regardless of gender, age, educational level or professional qualification.

Limitations

This study has certain limitations. The generalisability of the results is limited both by our non- probabilistic sampling and by the use of university students and people close to them. In future studies, it would be valuable to extend the application of the DTGVAI to other groups (professionals involved, victims and aggressors). Other more recently created scales (such as those mentioned in the introduction) could be used to improve the analysis of the external validity of the instrument. We believe that both the risk factors for gender violence and the distorted beliefs associated with them are changing phenomena (e.g. micromachism, neosexism, and neomyth) and therefore require continuous monitoring. Therefore, the instruments used to measure them need to be continually reviewed and updated.

Conclusions

These results, taken overall, show that the DTGVAI is a valid and reliable instrument for measuring distorted thoughts about the aggressors in cases of gender violence. This new instrument will increase understanding of the distorted beliefs around this issue. It will also, in particular, facilitate the detection of cognitive biases about the abusers in all the people involved and

make for more effective prevention proposals and intervention programmes aimed at the main protagonists (victims and aggressors). In this way, students in training and the professionals involved will be able to correct these erroneous beliefs and prevent them from interfering in the performance of their duties. Victims will be helped to identify their aggressors and make decisions that allow them to escape the abusive situation. Finally, using the instrument with the aggressors themselves will be beneficial in two ways. It will facilitate analysis of whether they themselves have these distorted thoughts. And it will make them reflect on whether they recognise in themselves any of the relevant characteristics and on whether they can take responsibility for their actions.

In short, the application of the DTGVAI in different contexts could facilitate the detection and modification of the distorted thoughts which help to perpetuate gender violence and delay the achievement of a more equal society. As Professor Spatari refers (Settineri & Merlo, 2021, p. 4) "The issue of violence is not an emergency issue but a structural issue, therefore it is necessary [...] to stimulate the culture of respect for the other, of acceptance, detaching the concept of stereotype from normality".

References

- Adams, D. (1988). Treatment models of men who batter: A profeminist analysis. In K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 176–199). Sage Publications, Inc.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., & Loinaz, I (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519–539.

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Arias, E. (2018). *Evaluación de la eficacia de la intervención reeducativa con agresores de género* (Doctoral dissertation). Universidad de Santiago de Compostela, Spain.
- Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M., & Elgorriaga, E. (2017). El sexismo como predictor de la violencia de pareja en un contexto multicultural. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.001>
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.
- Bermúdez, M. P., & Meléndez-Domínguez, M. (2020). Análisis epidemiológico de la violencia de género en la Unión Europea. *Anales de Psicología*, 36(3), 380–385. <https://doi.org/10.6018/analesps.428611>
- Berkel, L.A., Vandiver, B.J., & Bahner, A.D. (2004). Gender Role Attitudes, Religion, and Spirituality as Predictors of Domestic Violence Attitudes in White College Students. *Journal of College Student Development* 45(2), 119-133. <http://dx.doi.org/10.1353/csd.2004.0019>
- Bisquert-Bover, M., Giménez-García, C., Gil-Julià, B., Martínez-Gómez, N., & Gil-Llario, M. D. (2019). Mitos del amor romántico y autoestima en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 507–518. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1633>

- Bonilla-Algovia, E., & Rivas-Rivero, E. (2018). Mitos del amor romántico en una muestra de futuros y futuras docentes. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 5(2), 113–117. <https://doi.org/10.17979/reipe.2018.5.2.3624>
- Bonilla-Algovia, E., & Rivas-Rivero, E. (2019). Creencias distorsionadas sobre la violencia contra las mujeres en docentes en formación de Colombia. *Revista Colombiana de Educación*, 77, 87–106. <https://doi.org/10.17227/rce.num77-9571>
- Boira, S. (2010). *Hombres Maltratadores. Historias de violencia masculina*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Boira, S., López, Y., Tomás-Aragonés, L., & Gaspar, A. R. (2013). Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género. *Anales de Psicología*, 29(1), 19–28. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130631>
- Bosch, E., Ferrer, M. V., García, M. E., Ramis, M. C., Mas, M. C., Navarro, C., & Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Madrid: Instituto de la Mujer. <https://www.researchgate.net/publication/39712224>
- Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Pérez, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548–554.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts applications, and programming* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839.
- Carbajosa, P., Boira, S., & Tomás-Aragónés, L. (2013). Difficulties, skills and therapy strategies in interventions with court-ordered batterers in Spain. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.005>
- Caro, C., & Monreal, M. C. (2017). Creencias del amor romántico y violencia de género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 47–56. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.917>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37–46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Corsi, (1991). *Aspectos psicosociales y asistenciales del hombre golpeador*. Asamblea Permanente de los Derechos Humanos. Buenos Aires.
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(10), 1–10. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- Cupani, M., Lorenzo-Seva, U., Korzeniowski, C. G., & Azpilicueta, A. E. (2019). Elaboración de la Versión Breve del Cuestionario de Personalidad IPIP-Revisado: Control del sesgo de respuesta aquiescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 248–260. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2019.22.1.12>
- Currie, D. (1985). Modelo de grupo para hombres maltratadores. In Sinclair, D. *Understanding Wife Assault*. Ontario Government Bookstore.

- Diéguez, R., Martínez-Silva, I. M., Medrano, M., & Rodríguez-Calvo, M. S. (2020). Creencias y actitudes del alumnado universitario hacia la violencia de género. *Educación Médica*, 21(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.017>
- Dohmen, M. L. (1995). Perfil del hombre golpeador. Aspectos comportamentales. In J. Corsi (Ed.). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Paidós.
- Domínguez, M., Vázquez-Portomeñe, F., & Rodríguez-Calvo, M. S. (2015). Violencia de género: un estudio de los expedientes de la Fiscalía de Área de Santiago de Compostela. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 16, 1–24. <https://doi.org/10.46381/reic.v16i0.146>
- Dutton, D. G. (1997). *El golpeador*. Paidós.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & Holgado-Tello, F. P. (2016). Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y Uso de la Violencia–Revisado (IPDMUV-R): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología*, 32(3), 837–846. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.231901>
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores [Male batterers]. In E. Echeburúa, y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 70–175). Siglo XXI.
- Elosua, P., & Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896–901.
- Expósito, F., Moya, M., & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159–169. <https://doi.org/10.1174/021347498760350641>

- Fenton, R., & Jones, C. (2017). An exploratory study on the beliefs about gender-based violence held by incoming undergraduates in England. *Journal of Gender-Based Violence*, 1(2), 147–167. <https://doi.org/10.1332/239868017X15090095609822>
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18–33.
- Ferrer-Pérez, V. A., López-Prats, L., Navarro-Guzmán, C., & Bosch-Fiol, E. (2016). La vigencia de los mitos sobre la violencia contra las mujeres en la pareja. *Información Psicológica*, 111, 2–17. <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2016.111.1>
- Fox, C. L., Hale, R., & Gadd, D. (2014). Domestic abuse prevention education: Listening to the views of young people. *Sex Education*, 14(1), 28–41. <http://dx.doi.org/10.14635/IPSIC.2016.111.1>
- García-Campaña, A., Hidalgo-Lacalle, M., López-León, M. C., & Román-Almendros, M. R. (2018). Los micromachismos en los adolescentes. Su asociación con las relaciones de pareja y el modelo de maternidad y paternidad. *Cultura de los Cuidados*, 22(51), 144–153. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.51.16>
- García-Cueto, E., Rodríguez-Díaz, F. J., Bringas-Molleda, C., López-Cepero, J., Paíno-Quesada, S., & Rodríguez-Franco, L. (2015). Development of the Gender Role Attitudes Scale (GRAS) amongst young Spanish people. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.004>
- García-Díaz, V., Fernández-Feito, A., Bringas-Molleda, C., Rodríguez-Díaz, F. J., & Lana, A. (2020). Tolerance of intimate partner violence and sexist

- attitudes among health sciences students from three Spanish universities. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.003>
- Gerger, H., Kley, H., Böhner, G., & Siebler, F. (2007). The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression (AMMSA) scale: Development and validation in German and English. *Aggressive Behavior*, 33, 422–440. <https://doi.org/10.1002/ab.20195>
- Ghinassi, S., Ponti, L., & Tani, F. (2021). Forms of psychological abuse in heterosexual and homosexual romantic relationships. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 1–17. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-2989>
- Glick, P., & Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491–512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B. et al., (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763–775. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763>
- Glick, P., Sakalli-Ugurlu, N., Ferreira, M. C., & Souza, M. A. (2002). Ambivalent Sexism And attitudes toward wife abuse in Turkey and Brazil. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 292–297. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-6402.t01-1-00068>
- Government Delegation for Gender Violence (2012). *La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género*. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2011/estudio/juventud_universitaria.htm

Government Delegation for Gender Violence (2015a). *La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y Propuestas*. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/Atencion_Primaria_VG.htm

Government Delegation for Gender Violence (2015b). *Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud*. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/percepcion2015.htm>

González, I., Serrano, A., García, N., Giménez, M. del C., Moreno, B., González, A. B. et al., (2011). Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 43(9), 459–464. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.07.007>

Gottman, J., Jacobson, N., Rushe, R., Shortt, J., Babcock, J., La Taillade, J., & Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227–248. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.9.3.227>

Gracia, E., Martín-Fernández, M., Lila, M., Merlo, J., & Ivert, A. K. (2019). Prevalence of intimate partner violence against women in Sweden and Spain: A psychometric study of the “Nordic paradox”. *Plos One*, 14(5), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217015>

Gracia-Leiva, M., Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., & Páez-Rovira, D. (2019). Dating Violence (DV): A systematic meta-analysis review. *Anales de Psicología*, 35(2), 300–313. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.333101>

- Guerrero-Molina, M., Moreno-Manso, J. M., Guerrero-Barona, E., y Cruz-Márquez, B. (2017). Attributing responsibility, sexist attitudes, perceived social support, and self-esteem in aggressors convicted for gender-based violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–24. <https://doi.org/10.1177/0886260517715025>
- Henning, K., & Connor-Smith, J. (2011). Why doesn't he leave? Relationship continuity and satisfaction among male domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(7), 1366–1387. <https://doi.org/10.1177/0886260510369132>
- Herrero, J., Rodríguez, F. J., & Torres, A. (2017). Acceptability of Partner Violence in 51 Societies: The Role of Sexism and Attitudes Toward Violence in Social Relationships. *Violence Against Women*, 23(3), 351–367. <https://doi.org/10.1177/1077801216642870>
- Holtzworth-Munroe, A., & Meehan, J. (2004). Typologies of Men Who are Maritally Violent: Scientific and Clinical Implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1369–1389. <https://doi.org/10.1177/0886260504269693>
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476–497. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.4767>
- Huertas, L. M. (2020). Perfil sociodemográfico y delictivo en maltratadores encarcelados en gran canaria por violencia de género en el entorno familiar. *Revista Clepsydra*, 19, 157–183. <https://doi.org/10.25145/j.clepsydra.2020.19.08>
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., Cornell, M. W., Bissonette, C., Johnson, A. J., Crabtree, S. A., & Jensen, M. L. (2018). Religious beliefs and domestic

violence myths. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(4), 386–397.
<https://doi.org/10.1037/rel0000154>

Juarros-Basterretxea, J., Herrero J., Fernández-Suárez, A., Pérez, B., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2018). Are generalist batterers different from generally extrafamily violent men? A study among imprisoned male violent offenders. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 8–14. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a1>

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers. *Biometrics*, 33(2), 363–374.
<https://doi.org/10.2307/2529786>

Lila, M., Oliver, A., Galiana, L., & Gracia, E. (2013). Predicting success indicators of an intervention programme for convicted intimate-partner violence offenders: the Contexto Programme. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 73–95.

León-Ramírez, B., & Ferrando, P. (2014). Assessing sexism and gender violence in a sample of Catalan university students: A validity study based on the Ambivalent Sexism Inventory and the Dating Violence Questionnaire. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3) 327–341.

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

Loinaz, I. (2009). *Aproximación teórica y empírica al estudio de las tipologías de agresores de pareja. Análisis descriptivo y variables e instrumentos*

de evaluación en el centro penitenciario Brians-2. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.

Loinaz, I. (2014). Distorsiones Cognitivas en Agresores de Pareja: Análisis de una Herramienta de Evaluación. *Terapia Psicológica*, 32(1), 5–17. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100001>

Loinaz, I., Marzabal, I., & Andrés-Pueyo, A. (2018). Risk factors of female intimate partner and non-intimate partner homicides. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(2), 49–55. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a4>

López, A., & Moral, M. V. (2020). Dependencia emocional en agresores de pareja asistentes a un programa de intervención de penas y medidas alternativas: estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20, 75–88.

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2 A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37, 497–498. <https://doi.org/10.1177%2F0146621613487794>

Luján-Tangarife, J. A., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11(3), 1–10. <https://doi.org/10.3823/1251>

Marey-Castro, C., & Del-Pozo-Triviño, M. (2020). Deconstruir mitos y prejuicios para interpretar a mujeres migrantes en contextos de violencia de género o prostitución en España. *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana de Traducción*, 13(1), 64–92. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.mut.v13n1a04>

- Martín-Fernández, M., Gracia, E., Marco, M., Vargas, V., Santirso, F. A., & Lila, M. (2018). Measuring Acceptability of Intimate Partner Violence Against Women; Development and Validation of the A-IPVAW Scale. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 26–34. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a3>
- Megías, J., Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M., & Bohner, G. (2011). Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale (AMMSA). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 912–925. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.37
- Megías, J. L., Toro-García, V., & Carretero-Dios, H. (2018). The Acceptance of Myths About Intimate Partner Violence Against Women (AMIVAW) Scale: Development and validation in Spanish and English. *Psychology of Women Quarterly*, 42(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/0361684317742638>
- Montes-Berges, B. (2008). Tácticas para la resolución de conflictos y celos románticos en relaciones íntimas: adaptación y análisis de las escalas CTS2 y CR. *Estudios de Psicología*, 29(2), 221–234. <https://doi.org/10.1174/021093908784485138>
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría*. Pirámide.
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R., & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. La Muralla.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non- normal Likert variables. *British Journal of*

Mathematical and Statistical Psychology, 38, 171–189.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>

Muthén, B., & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non- normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45(1), 19–30. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1992.tb00975.x>

Nebot-García, J. E., García-Barba, M., Ruíz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2018). Sexo y amor: cuando la forma de entender el amor se convierte en un riesgo para la salud sexual de los jóvenes. *Ágora de Salud*, 5, 401–409. <http://dx.doi.org/10.6035/agorasalut.2018.5.44>

Noriega, N., Juarros-Basterretxea, J., & Herrero, J. (2020). Implicación de los profesionales de la salud en los casos de violencia en la pareja contra la mujer: La influencia de las actitudes sexistas hacia la mujer. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 11(1), 31–41. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.033>

Pace, C. S., & Muzi, S. (2019). Binge-eating symptoms, emotional-behavioral problems and gender differences among adolescents: a brief report. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7(2), 1–9. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2161>

Pérez, E. R., & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58–66.

Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2015). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales*

de *Psicología*, 32(1), 295–306.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

Ramos, M. M., Catena, A., & Trujillo, H. (2004). *Manual de Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias del Comportamiento*. Biblioteca Nueva.

Raineri, A. M., Grotto, R. L., Fioravanti, G., Rotella, F., Alterini, R., Bosi, A., & Faravelli, C. (2021). Gender in psycho-oncology: focus on resilience and affective disorders among patients affected by lymphoma. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3), 1–14.
<https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3054>

Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M. V., & Vallejo-Medina, P. (2013). La fiabilidad y validez de la escala de mitos hacia el amor: las creencias de los y las adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 28(2), 157–168.
<https://doi.org/10.1174/021347413806196708>

Rondeau, G., Gauvin, M., & Dankwort, J. (1989). *Les programmes québécoises d'aide aux conjoints violents: rapport sur les seize organismes existants au Québec*. Université du Montréal.

Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., & Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación*. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507–514.
<https://doi.org/10.1007/BF02296192>

- Settineri, S., & Merlo, E. M. (2021). Gender violence: the actions of the University of Messina. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3), 1–8. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3290>
- Sjödin, A. K., Wallinius, M., Billstedt, E., Hofvander, B., & Nilsson, T. (2017). Dating violence compared to other types of violence: Similar offenders but different victims. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9, 83–91. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2017.03.001>
- Sonkin, D. J., & Murphy, M. (1982). *Learning to Live Without Violence; A Handbook for Men*. Volcano Press.
- Sprague, S., Kaloty, R., Madden, K., Dosanjh, S., Mathews, D. J., & Bhandari, M. (2011). Perceptions of Intimate Partner Violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. *Journal of Injury and Violence Research*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.5249/jivr.v5i1.147>
- Strauss, M. E., & Smith, G. T. (2009). Construct Validity: Advances in Theory and Methodology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153639>
- Torres, A., Lemos-Giráldez, S., & Herrero, J. (2013). Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *Anales de Psicología*, 29(1), 9–18. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130621>
- Ubillos, S., Goiburu, E., Puente, A., Pizarro, J. P., & Echeburúa, E. (2017). Evaluación de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia en Estudiantes Vascoparlantes de Enseñanzas Medias. *Revista de Psicodidáctica*, 22(1), 1–8. <http://dx.doi.org/10.1387/RevPsicodidact.16124>

- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627.
- Wemrell, M., Stjernlöf, S., Aenishänslin, J., Lila, M., Gracia, E., & Ivert, A. K. (2019). Towards understanding the Nordic paradox: A review of qualitative interview studies on intimate partner violence against women (IPVAW) in Sweden. *Sociology Compass*, 13, 1–23. <https://doi.org/10.1111/soc4.12699>
- Wetzel, E., Lüdtke, O., Zettler, I., & Böhnke, J. R. (2016). The Stability of Extreme Response Style and Acquiescence Over 8 Years. *Assessment*, 23(3), 279–291. <https://doi.org/10.1177/1073191115583714>
- White, G. L. (1976). *The social psychology of romantic jealousy. Unpublished doctoral dissertation*. Universidad de California, Los Ángeles.
- Yamawaki, N., Ochoa-Shipp, M., Pulsipher, C., Harlos, A., & Swindler, S. (2012). Perceptions of Domestic Violence: The Effects of Domestic Violence Myths, Victim's Relationship with Her Abuser, and the Decision to Return to Her Abuser. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(16), 3195–3212. <https://doi.org/10.1177/0886260512441253>

III. PARTE EMPÍRICA. MEMORIA DE TRABAJOS

Capítulo 10. Las Habilidades Emocionales y la Evaluación de la Salud en las Intervenciones con Agresores de Violencia de Género: Revisión Sistemática de Ensayos Controlados Aleatorizados

ESTUDIO 4

Mora-Peigrín, M., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (en revisión). Emotional Skills and Health Assessment in Interventions for Intimate Partner Violence Perpetrators: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Plos One*.

Emotional Skills and Health Assessment in Interventions for Intimate Partner Violence Perpetrators: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials

Abstract

The aim of this study was to analyze the effectiveness of intervention proposals for abusers that include learning emotional skills. In addition, we aimed to ascertain whether these programs assess variables related to the health and well-being of offenders as result of the intervention, and whether these personal benefits obtained are leveraged to enhance motivation towards therapy. This systematic review was carried out following PRISMA guidelines. PsycINFO, PubMed, Scopus and PsycARTICLES databases were examined, from January 2000 to December 2023, in order to identify randomized controlled trials of interventions for intimate-partner violence offenders that included learning emotional skills, and that considered the health and well-being of the batterers as motivational aspects in therapy. Fifteen primary studies that met the selection and eligibility criteria were included. The results indicated that intervention programs for abusers who develop emotional competencies were more effective in reducing recidivism and improving variables associated with this type of violence than were those that did not include this type of learning. In addition, it became evident that the personal benefits obtained by the participants during therapy, which are related to their health and degree of well-being, are barely considered in efforts to improve motivational strategies. These results have important practical implications. First, they make it possible to adjust the contents of intervention proposals for intimate partner batterers more effectively. Second, they add new elements helping perpetrators of this type of violence to improve their motivation and adherence to therapy.

Keywords: Intimate partner violence, emotional skills, interventions, systematic review, randomized controlled trial.

Introduction

Despite the high prevalence of gender-based violence (GBV) worldwide (WHO [2021] indicates that almost one third of women aged 15–49 years report having suffered some form of physical and/or sexual violence by an intimate partner) [1], intervention programs for perpetrators remain controversial for various reasons related to their design, implementation and outcome evaluation [2,3]. However, several authors point out that therapeutic programs for batterers, which are among the main proposals to prevent new acts of violence against women, are necessary to provide a comprehensive response to this problem [4-10]. However, their effectiveness is unclear (e.g., lack of rigorous studies with control groups, artificially inflated improvements in short-term interventions, high dropout rates, inconsistency of results when analyzing long follow-up periods), and the scarce research is still very much focused on assessing overall recidivism (e.g., contradictory data when compared with other interventions, high dropout rates, inconsistency of results when analyzing long follow-up periods, contradictory results when comparing official data with data from the victims themselves) and, to a lesser extent, on other variables related to improvements in some offenders' competences (e.g., cognitive and emotional skills, empathy, anger management, conflict resolution skills). In this sense, recent systematic reviews and meta-analyses reveal that the benefits of interventions for batterers are not generalizable, since there are numerous limitations that should be taken into account; therefore, not all intervention proposals are

robust and proven in terms of their effectiveness in reducing recidivism rates [2,11-13].

Previous review studies indicate that the batterer intervention programs that have offered the best results and largest effect sizes are those with a cognitive-behavioral approach [2,14-17]. This perspective considers violence as a learned behavior caused by cognitive distortions in relation to the partner, and tries to instill alternative behavior to violence in abusers through the training of certain skills that lead to prosocial behavior and improved psychological well-being. Other intervention proposals are based on the Duluth Model; influenced by feminist theory, these interventions are oriented towards the psycho-education of aggressors, with a gender perspective that tries to encourage more egalitarian attitudes. In practice, these approaches are mixed, and interventions often combine elements of both [17,18], frequently including the learning of emotional skills (e.g., recognition and expression of emotions, emotional self-regulation, empathy). However, such skills are not always prominent in therapy, despite their importance in achieving personal and social competences [10,18,19]. On the other hand, motivational strategies (e.g., stage-based treatments, motivational interviewing, personalized feedback, the strengths-based approach, retention techniques), used extensively in change-resistant populations such as batterers, have been shown to be effective in improving the therapeutic alliance, increasing treatment adherence and reducing the high dropout rates that characterize this type of intervention [20-24]. Taken together, the results of this research provide no clear evidence of the superiority of any one intervention approach over the others, although there are elements that work and could increase the effectiveness of programs targeting perpetrators of GBV. In this sense, it would be more productive to

ask what content is truly effective and how it works, rather than focusing on a particular approach or type of intervention.

As noted by numerous authors, it is widely accepted that difficulties in recognizing and managing emotional stimuli, together with a lack of empathy towards the victim, are characteristics seen in most abusers [25-29]. This supposed profile of the potentially violent man (against women) posits relationships among the deficiencies that aggressors show in skills related to emotional intelligence [30], the high levels of alexithymia they present with and the episodes of GBV they are involved in [31-39]. Likewise, empathy, as a key element of emotional intelligence, is considered a fundamental factor for the success of therapy, providing the aggressor with a more realistic view of the harm caused to the victim and a connection with their feelings that could have a deterrent effect with respect to repeating the aggressive behavior [40,41]. Considering that emotional skills and the ability to empathize seem to act as moderators of aggressive behavior [19,42,43] and are involved in numerous functions related to prosocial behavior that would be expected to be altered in aggressors, the lack of these competences could interfere with the mechanisms that regulate their behavior and predispose them to this type of violence against women [36]. Taken together, these factors underline the need to explore new variables, such as a lack of emotional regulation, which affect the propensity toward violence and to enhance interventions aimed at improving these skills among abusers [2,17,28,37]. At this juncture, it is important to note that a review of recent innovations in interventions aiming to reduce violence and aggression in adults (including intimate partner offenders) points to training in emotion recognition and regulation as being among the approaches associated with major improvements in outcomes [44].

On the other hand, some research confirms that when analyzing the effectiveness of therapy, at least to date, the effect of the intervention on variables related to the health (physical and mental), quality of life and emotional state of the aggressors is rarely taken into account, with the analysis being very focused on measuring primary outcomes related to the reduced rates of violence and recidivism [17,38,45]. However, this positive effect on personal and social spheres as aggressors progress in therapy could be used as a motivational element, which is crucial in intervention programs for perpetrators of GBV to reduce the high dropout rates, improve adherence to treatment and, ultimately, generate a genuine desire for change in the abuser.

Given the lack of clear evidence of the effectiveness of intervention programs for perpetrators of gender violence, as well as the importance of emotional skills as moderators of violent behavior and the usefulness of "valuing" the personal benefits obtained when participating in therapy, an updated and rigorous review is needed to achieve the following objectives: 1) to analyze the effectiveness of intervention proposals for batterers that include the learning of emotional skills; and 2) to identify research that assesses variables related to the health and degree of well-being of batterers as outcome variables, and then to verify whether this positive effect of emotional interventions can be leveraged to enhance motivation for therapy. In order to obtain rigorous evidence of the effectiveness of this type of program and to avoid the various risks of bias, only randomized controlled trials (RCTs) were included in this review.

Method

This systematic review was conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020)

recommendations [46]. The systematic review was not registered and the protocol was not written down.

Eligibility Criteria

In accordance with the objectives of this research, the following inclusion criteria were applied to the reviewed studies: a) they were RCTs; b) the sample included adult men; c) the intervention incorporated emotional skills; d) they reported details of the theoretical approach, the content of the sessions and the duration of the intervention program; e) they provided recidivism rates or described the outcomes for any factor associated with intimate partner violence (IPV); and f) they indicated the participant follow-up period over which the main outcomes were measured. No restrictions were applied regarding the characteristics of the control group, the type of therapy or the language of the publication. Records were assessed for eligibility in two stages. Firstly, R1 and R2 independently assessed all titles and abstracts against the eligibility criteria. Secondly, full-text articles of potentially eligible records were independently assessed by R1 and R2, and disagreements were resolved and consensus reached through discussions with a third researcher (R3).

Search Strategy

A systematic search of the PsycINFO, PubMed, Scopus and PsycARTICLES databases was conducted, covering the period from January 2000 to December 2023. The search strategy involved combining relevant terms related to RCTs, intervention programs for IPV offenders, the learning of emotional skills, and the health and well-being of batterers. The most productive keywords were: (Intimate Partner Violence Intervention) OR (Batterers Intervention Program) AND (efficacy OR Assessment OR evaluation) AND ("Emotional Skills" OR "Emotional Abilities" OR Empathy OR

"Emotional Intelligence" OR "Motivational Feedback" OR "Health Status" OR "Well-being" OR Recidivism OR Attrition OR Dropout) AND ("Randomized Controlled Trial"). Searches by the first author's name, and of the reference lists of the selected studies in addition to the reference lists of other recent reviews, were also conducted. One study ultimately included in the review was identified in this way [47].

Data Extraction

R1 and R2 conducted data extraction independently based on the predefined data extraction form by following the Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) [48]. The extracted data included base information about the studies (e.g., author name, year published, country, sample size, recruited population), intervention type (e.g., approach, format, number and duration of sessions, therapy providers), and outcome assessments (e.g., follow-up, results, effect size). Any dispute was resolved through discussions and consensus was reached by consulting the third reviewer (R3).

Assessment of Methodological Quality

Two authors (R1 and R2) independently evaluated the methodological quality of the included trials using the Cochrane Risk of Bias tool [49], which covers various sources of bias: 1) random sequence generation, 2) allocation concealment, 3) blinding of participants and personnel, 4) blinding of outcome assessment, 5) incomplete outcome data, 6) selective outcome reporting, and 7) other bias. Disagreements were resolved by consulting the third reviewer (R3).

Results

Study Selection

Database searches resulted in 6,985 records, along with an additional record identified through other methods (Fig 1). After removing duplicates, 6,559 studies remained for title and abstract screening, among which 158 were identified for full-text retrieval based on the aforementioned criteria. In total, 144 articles were excluded because they were not RCTs ($n = 120$), the sample did not include IPV perpetrators ($n = 2$), the intervention did not include the learning of emotional skills ($n = 16$), or outcomes of interest were not assessed ($n = 6$). The remaining 14 trials [10,50-62] and an additional trial retrieved through the references of relevant articles [47] were included in the qualitative synthesis. Therefore, a total of 15 studies were included in the systematic review (see Appendix).

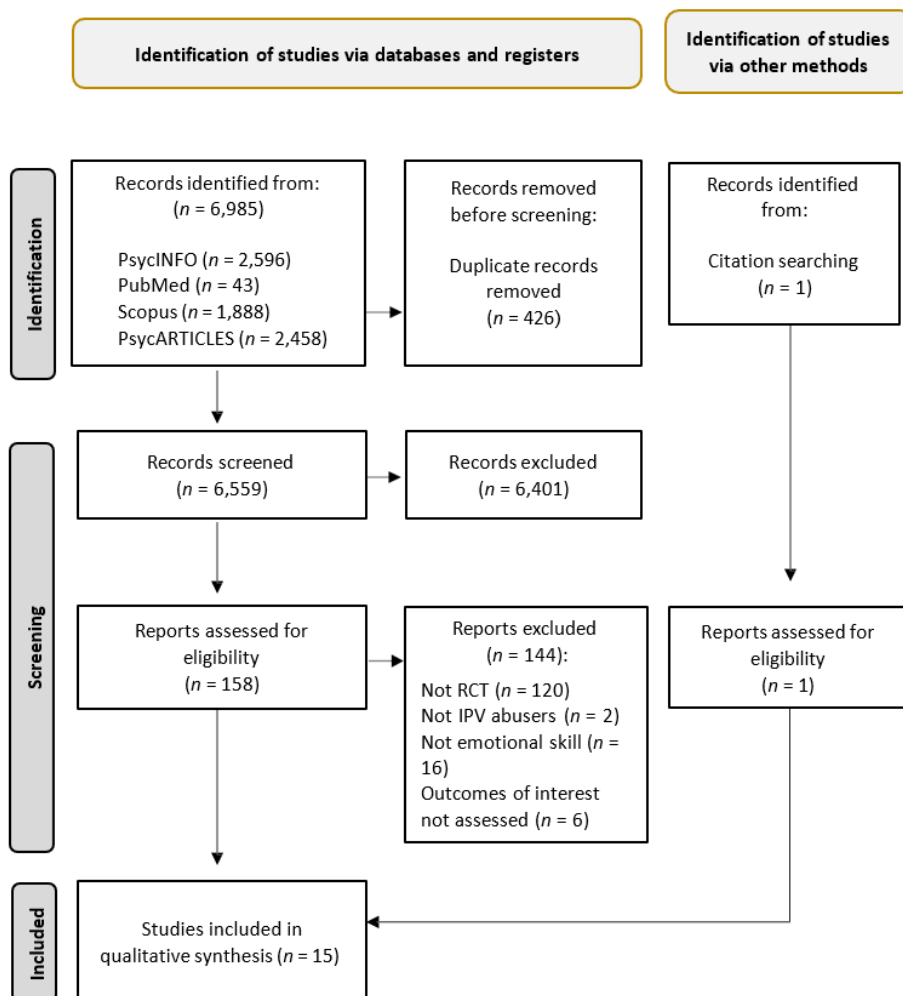


Figure 1. Flowchart diagram.

Study characteristics

The 15 papers selected for the systematic review included a total of 2,390 participants, including 1,369 in the intervention group and 1,021 in control group. The sample sizes of these studies ranged from 28 to 644, and the mean age ranged from 27 to 60.5 years. All 15 studies included in the systematic review were published in English. Most of the trials were conducted in the USA ($n = 9$) [10,47,50,51,52,57,60,61,62], although one was

conducted in the Netherlands [56], one in the UK [54], one in Norway [58], two in Spain [53,59], and one in Sweden [55]. Only two of the selected studies were published in the 2000s [52,57], while eight were published between 2010 and 2019 [47,50,53,55,56,60-62], and five from 2020 onwards [10,51,54,58,59].

Quality and Risk of Bias Assessment

A summary of the authors' judgements regarding the risk of bias for each included RCT is displayed in Fig 2. None of the trials satisfied all criteria. Thirteen of fifteen trials (86.7%) met at least three criteria (20%) [56,57,61] or more (66.7%) [10,47,50,52-55,58,59,62]. Regarding random sequence generation, two trials (13.3%) did not describe a random component in the sequence generation [51,60]. Knowledge of allocation concealment was clearly described except for all except five trials (33.3%) that did not provide an adequate description [51,54,57,60,61]. Only seven trials (46.7%) reported blinding of participants and personnel [10,47,51,55,58,59,62], while the remaining eight trials (53.3%) provided unclear information about this domain or indicated that blinding was not possible [52-54,56,57,60,61]. Risk of bias was rated as low for five studies (33.3%) that ensured blinding of outcome assessors [47,51,54,55,58]. In the other 10 trials (66.7%) the information available was insufficient to assess the detection bias [10,50,52,53,56,57,59,60-62]. An intention-to-treat analysis was used in most trials (86.7%). Bias due to lack of outcome data was unclear in only two studies (13.3%), where the missing outcome data (because of losses) may not have been similarly distributed between groups [51,60]. Concerning selective reporting, the information provided was insufficient to judge this domain in only four trials (26.7%), and the risk of bias was rated as medium [51,56,59,60]. Finally, the risk of other forms of bias was rated as medium or high in 11 trials (73.3%) because their baseline outcome measurements,

baseline characteristics, or number of sessions were not similar; moreover, the training and involvement of the therapists could have been different, or protection against contamination may have been inadequate [10,47,51,53-58,60,61].

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Cavanaugh et al. [50]	✓	✓	✗	?	✓	✓	✓
Cotti et al. [51]	?	?	✓	✓	?	?	✗
Dunford [52]	✓	✓	?	?	✓	✓	✓
Easton et al. [47]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Fernández-Montalvo et al. [53]	✓	✓	?	?	✓	✓	✗
Gilchrist et al. [54]	✓	?	✗	✓	✓	✓	?
Hesser et al. [55]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?
Kraanen et al. [56]	✓	✓	?	?	✓	?	?
Labriola et al. [57]	✓	✗	✗	?	✓	✓	?
Nesset et al. [58]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Romero-Martínez et al. [59]	✓	✓	✓	?	✓	?	✓
Rosenfeld et al. [60]	?	✗	✗	?	?	?	✗
Stover et al. [61]	✓	?	?	?	✓	✓	?
Zarling et al. [62]	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓
Zarling et al. [10]	✓	✓	✓	?	✓	✓	?

Figure 2. Risk of bias for included trials.

Qualitative Analysis

A total of 15 papers were included in accordance with the criteria outlined above. Four of the fifteen studies (26.7%) were pilot or feasibility trials for future studies with a larger scope. More than half of the trials (53.3%) recruited male IPV offenders only [10,47,50,54,57-59,61]. Five trials (33.3%) recruited both male and female IPV offenders, most of whom were men [52], with proportions of males of 58.6% [53], 60.4% [51], 69% [56], and 96% [60]. The participants were mostly female IPV offenders in only two trials (13.3%), which had proportions of females of 57% [55], and 68% [62]. In five trials (33.3%), participants were all misdemeanor offenders [51,52,55,57] or potentially posed a risk of committing acts of IPV [50]. Participants were also diagnosed with substance use disorder (SUD) in five trials (33.3%) [47,53,54,56,61] and were attending mental health treatment in one trial (6.7%) [62]. Eight trials (53.3%) included court-referred participants [10,47,51,52,57,59,60,61], and the other seven trials (46.7%) included voluntary participants who were not involved in a relationship characterized by a severe form of violence or abuse, therefore, there were no convictions for IPV in those trials [50,53-56,58,62].

In the majority of trials (86.7%) the interventions described were carried out within a community setting [10,47,50,51,53-62]. The intervention setting was military in only one trial [52], while in another the setting was online [55]. The interventions were delivered by mental health professionals [50], master-level therapists [47,51], navy agency staff [52], clinical psychologists specializing in substance abuse [53], clinical psychology students [55,60] psychology doctoral students [62], healthcare professionals [54], psychiatric nurses and specialists in clinical psychology and education [58], social workers [56] and therapists [10,51,57,59]. The therapists had

specific experience in batterer interventions in only four trials (26.7%) [51,52,57,59].

Regarding the intervention model, most trials (86.7%) based the intervention on cognitive behavioral therapy [10,47,50-53,55-62]. The Duluth Model was used for the intervention group in one trial (6.7%) [57], and in another trial the intervention was based on both approaches (6.7%) [54]. The content of the intervention specifically targeted IPV in 10 trials (66.7%) [10,50-52,55,57-60,62], while four interventions (26.7%) addressed both IPV and SUD [47,53,54,56] and one trial (6.7%) [61] integrated IPV, child maltreatment and SUD. The interventions were delivered on an individual basis in four trials (26.7%) [47,55,56,61], on a group basis in seven trials (46.7%) [10,50,51,53,58,59,62], and in both formats in four trials (26.7%); in one of those latter trials, the intervention was delivered to the intervention group on a group basis [57], while in another the intervention was delivered on both a group and individual basis [60], and on an individual basis for the control group. In the remaining two trials, the intervention was combined for both groups [52,54].

Training for a variety emotional skills was provided in the RCTs. Emotional regulation was a component of all RCTs, most of which focused on the management of negative emotions and dysfunctional anger [47,51,53-58,60,61]. Some of the interventions targeted these factors along with emotional intelligence [62], pathological jealousy [52,53], negative mood states [47] or ruminative thoughts [55]. Six trials attempted to improve empathy [10,50,52-54,59]. Cavanaugh et al. [50] provided an abbreviated psychoeducational intervention focused on anger management, increasing the ability to feel and express empathy, and enhancing adaptive coping skills. Cotti et al. [51] carried out a program based on cognitive behavioral therapy, focused on improving intrahousehold behaviors and communication skills

through counseling in relation to topics such as stress, anxiety, and anger management. Dunford [52] implemented three different 12-month interventions based on a cognitive-behavioral model, which included both didactic and process activities centered around empathy enhancement, communication skills, anger modification, and jealousy. Easton et al. [47] manually delivered individualized cognitive behavioral therapy for substance-dependent perpetrators of IPV, focusing on topics such as managing negative mood states, awareness of anger, management of anger related to significant others, and coping with criticism. Fernández-Montalvo et al. [53] proposed a manualized and integrated cognitive-behavioral treatment program for drug addiction and IPV that includes 20 additional sessions focused on aspects as empathy, emotional illiteracy, anger management, anxiety/stress, depressive symptoms, pathological jealousy, and self-esteem deficits. Gilchrist et al. [54] delivered a 16-week integrated intervention for SUD and IPV over three temporal cycles, targeting improvements in emotional self-regulation, coping with stress, and perspective taking (empathy). Hesser et al. [55] delivered cognitive behavioral therapy via the internet in the form of guided self-help involving a support therapist; the intervention incorporated emotion regulation and communication, anger rumination and conflict-resolution techniques. Mediation analysis revealed that the positive effects of treatment were partially mediated by changes in emotion regulation ability. Kraanen et al. [56] proposed an integrated treatment for SUD and IPV targeting anger management, communication skills, and coping with negative emotions and feelings. Labriola et al. [57] delivered an educational nature program over 26 weeks that included topics such as anger management, facilitating communication, and recognizing emotions. Nessel et al. [58] conducted cognitive-behavioral group therapy focused on dysfunctional anger, practicing communication, and training to accept and cope with negative emotions.

Romero-Martínez et al. [59] implemented a 31-session cognitive training program, with brief exercises to improve the emotion-decoding abilities and empathic capacities of participants. Rosenfeld et al. [60] applied dialectical behavior therapy, tailored for stalking offenders, which emphasized learning skills to manage strong emotions and urges. Stover et al. [61] carried out an integrated intervention for fathers in residential SUD treatment targeting IPV and child maltreatment, and provided skills training to improve emotion regulation. Zarling et al. [62] implemented group-based acceptance and commitment therapy to reduce experiential avoidance and improve emotion recognition, expression, and regulation. Finally, Zarling et al. [10] implemented the same updated cognitive behavioral program to foster the learning of new ways to respond to emotions, among other abilities. However, despite the multiple strategies for working on emotional skills analyzed in the RCTs, there are few intervention programs in which the sessions aimed at promoting the acquisition of these skills represent a central aspect of the therapy or have special relevance. The emotional aspect clearly comprised the majority of the content of the treatment sessions in only four trials (26.7%) [10,50,55,62]. In the rest of the studies, the percentage of intervention sessions devoted to improving emotional skills was moderate (60%) [47,52-54,56-60] or low (13.3%) [51,61].

Regarding the duration of the intervention, there was high heterogeneity across RCTs. The large majority of trials (73.3%) were long-term programs, with the number of sessions ranging widely from 16 [51,54,56,61] to 56 [53]. Four trials (26.7%) delivered a short intervention. This group of trials included two 12-sessions treatments [47,62], one internet-based treatment (8 weeks) involving therapists who provided 24-hour feedback [55], and one intervention that was carried out in a single session [50].

Concerning control groups, four interventions (26.7%) focused predominantly on the usual SUD treatment [47,53,54,56]. In three trials (20%) the approach used was psycho-educational, focused on IPV [10,51] or behavioral parenting skills plus SUD [61]. Three trials (20%) based the control intervention on the first session of an anger management program [50], on CBT anger management [60], or on mindfulness-based stress reduction therapy [58]. Finally, in two trials (13.3%) participants in the control group received a placebo training [59,62]. In three trials (20%) controls received no treatment; in Dunford's [52] trial, the wives of the participants received an individual security plan; in Hesser et al.'s [55] trial, participants were assigned to a monitoring waitlist; and in Labriola, et al.'s [57] trial, men in the control group were required to undergo judicial monitoring. Most trials (53.3%) involved the same number of sessions in both groups [10,47,50,53,56,59,61,62] except for two trials (13.3%) where there were fewer sessions in the intervention group [51,54], two other trials (13.3%) where there were fewer sessions in the control group [58,60], and three trials (20%) where the control group received no treatment [52,55,57].

The reported follow-up periods varied significantly. The majority of trials (60%) described post-intervention assessments over long periods of time, with a follow-up period of 3 years in one trial [51], 1 year in four trials [10,55,57,58], and 6 months in four trials [52,53,60,62]. The other trials (40%) described short follow-ups, with a post-intervention assessment period of 3 months in two trials [47,61] and shortly after the intervention was completed in four trials [50,54,56,59].

Regarding the main outcomes analyzed in the RCTs, behavior related to IPV was assessed in all trials. To assess physical and psychological IPV, the most widely used instrument was the Conflict Tactics Scales-revised (CTS-2) [63]. The Multidimensional Measure of Emotional Abuse (MMEA) [64] was

included in two trials to measure emotional abuse [55,62]. Learning of emotional abilities was assessed in nine trials (60%) [47,50,53,55,58-62]. Four of these trials used the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) [65] to measure emotion dysregulation [55,58,61,62], although for Nessel et al.'s [58] trial these outcomes were reported in a separate publication [66]. Five trials used the State-Trait Anger Inventory (STAXI) [67] to measure anger management [47,50,53,60,61], and three trials included different tools such as the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) [68] or the Eyes Test [69] to measure empathy and emotion-decoding abilities [50,59,60]. Finally, variables related to the health status of IPV perpetrators were assessed in only three trials (20%) [54,55,58]. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) [70], the General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) [71], and the Norwegian translation of the Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) [72,73] were used in these studies to measure symptoms of emotional distress.

All trials analyzed recidivism rates or outcomes in relation to different factors associated with IPV. Of the eight trials (53.3%) that provided recidivism rates, two obtained official recidivism (OR) reports [51,60], three obtained couple or family reports [53,54,58], and another three provided both types of recidivism reports [52,57,62]. Seven of these trials also used self-report scales to measure variables associated with IPV [10,52-54,57,58,60]. The remaining seven trials (46.7%) assessed adaptive skills or the potential risk for IPV perpetration only via self-report scales [47,50,55,56,59,61,62]. The Spanish translation of the Spouse Assault Risk Assessment (SARA) [74,75] was used in one trial [59], and the Risk of Eruptive Violence Scale (REV) [76] was used in another [50].

Dropout and intervention doses were assessed in nearly all of the trials (86.7%). Only two trials (13.3%) [51,57] failed to report these aspects of the intervention or did not do so clearly. The adherence to treatment was high (>

50% of the participants completed at least 75% of the sessions) in 10 trials (66.7%) [10,47,50,52,53,55,58-60,62] and was low (< 50% of the participants completed at least 75% of the sessions) in three trials (20%) [54,56,61]. Finally, the effect sizes were calculated in 10 trials (66.7%) [10,47,50,52,53,55,57,59,60,62].

Trial Authors' Finding and Conclusions

Cavanaugh et al. [50] found a significant increase in awareness of adaptive coping skills, anger management, and empathy skills, and a decrease in the potential for the expression of physical violence, in the intervention group, as self-reported by participants at the 1-month follow-up. Cotti et al. [51] found that the official IPV recidivism rate was significantly (14%) higher for male offenders assigned to the control group, based on data from a 3-year natural field experiment. Dunford [52] revealed no significant differences between the experimental groups in a variety of outcomes measures (OR, couple reports and self-reports) at the 6-month follow-up. Easton et al. [47] found that, based on self-reports, intervention group participants were significantly less likely to engage in aggressive behavior proximal to a drinking episode, and they reported fewer episodes of IPV than control group participants at the 3-month posttreatment follow-up. Fernández-Montalvo et al. [53] reported that their intervention group showed an IPV success rate significantly higher than that of the control group, and both groups achieved statistically significant improvements in associated variables (based on self-reports and reports from participants' families) at the 6-month follow-up compared with baseline. Gilchrist et al. [54] found that, at follow-up (16 weeks post-randomization), neither substance use nor IPV perpetration had worsened for men in the intervention group, and mental health improvements were also indicated by self-reports and the testimonies of their current or ex-female partners. Hesser et al. [55] described a significant

reduction in emotional abuse, anxiety and depression symptoms (self-reports) in their intervention group at the 1-year follow-up. Mediation analysis using growth curve modeling revealed that the treatment effect was partially mediated by changes in emotion regulation ability. Kraanen et al. [56] found no significant differences in participant self-reports during an 8-week follow-up. Patients in both conditions significantly improved in terms of substance use and IPV perpetration. Labriola et al. [57] reported no significant differences between offenders assigned to a batterer program or graduated monitoring in the probability of re-arrest for either offense at the 1-year follow-up. None of the interventions assessed resulted in a reduction in re-arrests or had a significant effect on victim self-reports. Nasset et al. [58] reported a substantial reduction in the estimated risk of violence in both groups at the 1-year follow-up, as indicated by self-reports and testimonies from female partners. In a separate publication [66], a reduction in symptoms of anxiety and depression was reported, as well as a small but statistically significant reduction in difficulties in emotion self-regulation in both groups. Romero- Martínez et al. [59] found that only their intervention group improved in terms of processing speed and cognitive flexibility, and they also had a lower risk of recidivism after the intervention (self-report measures). However, cognitive improvements and reductions in the risk of relapse after the intervention were unrelated. Rosenfeld et al. [60] reported no significant differences between groups in the re-offense rate (OR) at the 6-month follow-up, and a small but significant benefit of treatment on empathy self-reports. Stover et al. [61] found no significant differences between groups in IPV, but participants in the intervention group showed a significantly greater reduction in affect dysregulation problems and lower rates of substance use relapse (self-report measures) at the 3-month follow-up. Zarling et al. [62] described significantly greater declines in psychological and physical aggression among

participants in the intervention group, and treatment-induced improvements were partially mediated by reductions in experiential avoidance and emotion dysregulation (self-report measures) at the 6-month follow-up. Finally, Zarling et al. [10] found no difference between groups in IPV charges at the 1-year follow-up, but participants in the intervention group acquired significantly fewer other violent and nonviolent charges, and their victims provided significantly lower scores on scales assessing IPV behaviors.

Discussion

We conducted a systematic review of the effectiveness of emotional skills training in interventions for IPV perpetrators, considering the health and well-being of batterers as motivational aspects in therapy. A total of 15 trials were included in this systematic review to allow a profound qualitative analysis of their results.

The interest in intervention programs for batterers is reflected in the progressive increase in studies over recent decades, as noted in other reviews on this topic [3,44,77]. Specifically, one third of the trials selected in our study were published from 2020 onwards.

Overall, the results of this systematic review indicated that more than half (53.3%) of interventions for perpetrators of GBV that included the acquisition of emotional skills were significantly more effective in reducing recidivism and improving variables associated with this type of violence than interventions that did not focus on developing these competencies [47,50,51,53-55,59,62]. Furthermore, it became evident that the personal benefits obtained by participants in therapy, which are related to their health and state of well-being, are not usually assessed as outcome variables (only three of the analyzed trials [20%] did so [54,55,58]) and are scarcely taken into account as a means of improving motivational strategies in intervention

proposals (none of the trials did so). Regarding dropout rate reduction and intervention doses, the differences were not significant, although adherence to treatment was high in most of the trials analyzed. Therefore, we cannot confirm that interventions that focused on improving the emotional competencies of perpetrators of gender-based violence obtained better results in relation to this aspect of treatment.

Regarding OR, only one of the five trials that evaluated it (all defined as new GBV charges) found evidence favoring emotional interventions for perpetrators of GBV [51]. In two other trials, the lack of significant differences was justified by developing a rigorous and effective anger management program for the control group involving highly motivated therapists, which was considered superior to the usual intervention [60], or because the sample was considerably reduced due to the COVID-19 pandemic such that the ability to detect between-group differences was low for some of the criminal justice outcomes (.02 for GBV charges) despite significant improvements in the intervention group [10]. Regarding recidivism reported by partners or family members of batterers, two trials reported success rates that indicate superiority of the emotional intervention over the standard or control intervention. In one trial, the success rate (total absence of GBV) reported by intervention group perpetrators and their family members was 60.7%, compared to 31.6% in the control group [53]. In the other trial, participants in the intervention group (perpetration) and their partners (victimization) scored higher on various scales used to measure abusive behaviors, controlling behaviors, communication patterns and attribution of responsibility for violence, among other factors [54]. In one of the trials that found no significant differences (estimated risk of violence reduced in both groups), the authors explained that this result could be due to the use of active therapy in the comparison condition, which shared an emotion regulation

component with the intervention group [58]. In another trial, victim testimonies, contrary to what was suggested by the OR reports, indicated that the intervention group exhibited significantly less violent behavior towards victims than the control group [10]. It should be noted here that measuring recidivism is not without difficulty. OR, despite being the most objective and common way of measuring recidivism [15,78], is often defined heterogeneously and the criteria used to define recidivism are disparate [23]. Victim reports often point to higher rates of recidivism than information from official records or the self-reports of GBV offenders [2]. Although, as in one of the trials analyzed in this review, these reports may provide significant differences in favor of treatment proposals that are not reported by other sources [10]. In both cases, the rates may not be a true reflection of reality, as some offences may fall outside of criminal jurisdiction, be deferred, or never be reported by victims for a variety of reasons [2,15].

Regarding the data extracted from participants' responses, seven of the trials analyzed in this review (including two described above) [53,54] favored emotional interventions [47,50,55,59,62]. In several trials, no significant group differences were found (i.e., both groups improved), partly because, according to the authors, the effects of the intervention may have been delayed and the post-treatment assessment did not allow firm conclusions to be drawn about the effectiveness of the compared treatments [56], or because participants in the control group had completed more treatment sessions. Moreover, some trials included an active comparison condition that made it difficult to observe differences between groups with small samples due to limited power, despite reporting a significant reduction in emotional regulation problems in the intervention group [61].

In any case, in addition to the reasons cited above for the lack of significant group differences in this systematic review, it is important to note

that it was difficult to discern which components of the treatment sessions completed by both groups were related to emotion recognition and management, either because this was not clearly explained or because the cognitive-behavioral and educational aspects could have been addressed by focusing on their emotional connection. This was evident in two of the trials, as negative emotion management was included in the treatment for the control group [58,60]. In general, attributing observed differences to the treatment received by the intervention group is difficult. In this systematic review, most of the control groups partook in an active, and in many cases heterogeneous, treatment program compared to that completed by the intervention group. In three trials, the control group received no treatment at all, and in only five trials did control groups receive the usual treatment [53,54,56] or a placebo treatment to compare with the emotional intervention [59,62], which necessitates a cautious interpretation of the results.

Regarding the second main objective of our systematic review, the results showed that very few studies have investigated the effects of emotional intervention on the physical and mental health and well-being of batterers. The results are in line with the review by Nessel et al [58], which confirmed that self-assessment of the physical and mental health and quality of life of perpetrators of GBV was barely addressed when investigating the effectiveness of therapy. In our study, only three trials assessed variables related to the health status of participants, and none of them leveraged the positive effect of the intervention to enhance motivation towards therapy. Gilchrist et al. [54] reported improvements in depression and anxiety in both their intervention and control groups at the end of treatment, although the intervention group had 10% lower scores than the control group among those who scored highly on scales measuring both variables. Hesser et al. [55]

described a significant reduction in anxiety and depression symptoms in their intervention group at the end of treatment, which was maintained at the 1-year follow-up (the control group received treatment after approximately 10 weeks post-treatment, so the results from this group were not presented at the 1-year follow-up). Nasset et al. [66] reported a reduction in anxiety and depressive symptoms, and a small but statistically significant reduction in difficulties in emotional self-regulation, in both groups at the 1-year follow-up. As these authors point out, there is a paucity of research attempting to demonstrate that group-based interventions for GBV can improve the mental health of perpetrators and their partners. A recent meta-analysis indicated substantial associations of the various mental disorders studied with GBV perpetration and victimization [79], results that are supported by other meta-analyses that analyzed the association between mental health disorders and perpetration of GBV [80,81]. These results suggest that analyzing mental health problems in this context may lead to more effective individualized treatments [79]. In line with these ideas, we maintain that analyzing the health and well-being of batterers will allow us to: a) determine the type of disorders that most frequently affect them, b) ascertain whether the appearance of these disorders coincided with the deterioration of their relationship, c) relate improvements in the management of emotions obtained via therapy with improvements in health and, finally, d) leverage the positive effect of therapy as motivation to improve adherence to treatment and reduce the high dropout rates that occur in intervention programs.

Finally, contrary to the results of other systematic reviews and meta-analyses [2,14], which reported a lack of efficacy of brief interventions, of the eight trials included in this study that reported significant improvements in participants in the emotional intervention groups, half of the intervention proposals were long-term [51,53,54,59], and the other half were short

interventions [47,50,55,62]; this is more in line with the results reported by Babcock et al. [82], who found that short and long interventions were equally effective in terms of RO. Furthermore, in 50% of the trials that obtained significant differences, these were maintained over longer periods of time ranging from 6 months to 3 years [51,53,55,62], suggesting that interventions that incorporate emotional content may produce longer-lasting benefits.

This systematic review is not without limitations. Although one of the strengths of our study is that we included only RCTs, we may have left out other interesting studies with less rigorous results. In any case, the low number of RCTs found in the literature reflects the difficulties in implementing this type of experimental method in interventions with perpetrators of GBV [77,82-84]. In addition, four of the studies included in this review are pilot or feasibility trials for larger studies, and some of the trials did not clearly indicate whether the relevance of the emotional content in the interventions was high, which could limit the scope of the results. Also, the fact that almost half of the trials used only self-report measures means that the possibility of social desirability bias must be taken into consideration, where batterers tend to minimize violent behaviors such that measures of intervention success may be distorted [15,84]. On the other hand, the inclusion of mixed samples of men and women in some trials, or of convicted men and voluntary participants, as well as the heterogeneity of various aspects of the methodology (e.g., format, duration, follow-up, specific training and experience of therapists working with IPV perpetrators), may make the interpretation of the results less certain. However, it is also true that not focusing on a specific type of perpetrator of GBV, as well as including different methodological proposals, could enhance the generalizability of the results. Future research should exhaustively define the contents of intervention proposals in order to better evaluate and compare the effects of treatment

[14,15,17]. Furthermore, a meta-analysis of emotional intervention proposals aimed at perpetrators of GBV could be carried out, partialling out the results of different samples and methodological approaches.

Despite its limitations, this systematic review provides a concise, rigorous and up-to- date synthesis of the effectiveness of intervention programs for batterers that include the learning of emotional skills among their components, and it describes the difficulties and shortcomings in this area. In this sense, this review focused on novel aspects of the interventions, with the aim of highlighting the importance of empathy and the recognition and regulation of emotions as moderators of violent behavior towards women. It also highlights the lack of studies assessing the health and well-being of perpetrators of GBV when investigating the effectiveness of therapy, and the limited leveraging of the possible benefits of therapy to enhance motivation for treatment. Like other authors, we argue that innovative approaches need to be incorporated into batterers' programs, which require radically different content from that which currently exists [13,85]. Moreover, interventions could be improved by adding emotional skills training [28,29]

Our final purpose was to identify ways to improve the effectiveness of intervention programs aimed at perpetrators of GBV. For this reason, we aimed to relate the overcoming of emotional deficiencies as therapy progresses with the personal benefits (in health, well-being and the social environment) that can be obtained from such therapy. Also, through personalized and continuous feedback, the motivation of aggressors to adhere to treatment could be enhance and generate a genuine purpose for change.

References

1. WHO [Internet]. Violence against women; 2021 [cited 2023 Jun]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Arce R, Arias E, Novo M, Fariña F. Are interventions with batterer effective? A meta-analytical review. *Psychosoc Interv* 2020;29(3):153-164.
3. Ferrer-Perez VA, Bosch-Fiol E. Batterer Intervention Programs in Spain: An Analysis of Their Effectiveness. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2018;62(4):885-897. pmid: 27707933
4. Boira S, Carbajosa P, Lila M. Main challenges in group treatment for men convicted of a crime of gender violence. *Clin Contemp* 2014;5(1):3-15.
5. Cannon C, Hamel J, Buttell F, Ferreira RJ. A survey of domestic violence perpetrator programs in the United States and Canada: Findings and implications for policy and intervention. *Partn. Abuse* 2016;7(3):226-276.
6. Echeburúa E. Adherence to treatment in male intimate partner batterers in a community setting: Current reality and future challenges. *Psychosoc Interv* 2013;22(2):87-93.
7. Ferrer-Pérez VA, Ferreiro-Basurto V, Navarro-Guzmán C, Bosch-Fiol E. Intervention programs with batterers in Spain: the perspective of professionals. *Psychosoc Interv* 2016;25(3):159-168.
8. Menéndez Álvarez-Dardet S, Pérez Padilla J, Lorence Lara B. Partner violence against women in Spain: Quantification and characterization of the problem, victims, aggressors, and the social and professional context. *Psychosoc Interv* 2013;22(1):41-53.
9. Voith LA, Logan-Greene P, Strodthoff T, Bender AE. A paradigm shift in batterer intervention programming: A need to address unresolved trauma. *Trauma Violence Abuse* 2018;19(1):1-15. pmid:30060720

10. *Zarling A, Russell D. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth Model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *J Consult Clin Psychol* 2022;90(4):326-338. pmid:35446078
11. Stephens-Lewis D, Johnson A, Huntley A, et al. Interventions to Reduce Intimate Partner Violence Perpetration by Men Who Use Substances: A Systematic Review and Meta-Analysis of Efficacy. *Trauma Violence Abuse* 2021;22(5):1262-1278. pmid:31711372
12. Travers Á, McDonagh T, Cunningham T, Armour C, Hansen M. The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;84:101974. pmid:33497921
13. Wilson DB, Feder L, Olaghere A. Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence: An updated Campbell systematic review. *Campbell Syst Rev* 2021;17(1):e1151. pmid:37133255
14. Arias E, Arce R, Vilariño M. Batterer intervention programs: A meta-analytic review of effectiveness. *Psychosoc Interv* 2013;22(2):153-160.
15. Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev* 2004;23(8):1023-1053. pmid:14729422
16. Feder L, Wilson DB. A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *J Exp Criminol* 2055;1:239–262.
17. Nettet MB, Lara-Cabrera ML, Dalsbø TK, Pedersen SA, Bjørngaard JH, Palmstierna T. Cognitive behavioural group therapy for male perpetrators of intimate partner violence: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):11. pmid:30621661

18. Wong JS, Bouchard J. Judging the Book by Its Cover: What Comprises a Cognitive Behavioral Intervention Program for Perpetrators of Intimate Partner Violence? *Crim Justice Behav* 2021;48(9):1278-1299.
19. Chovanec MG. (2020). Transforming into men who matter: Increasing empathy in domestic abuse treatment. *Aust Soc Work* 2020;73(3):296-308.
20. Crane CA, Eckhardt CI. Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. *J Couns Psychol* 2013;60(2):180-187. pmid:23506510
21. Lila M, Gracia E, Catalá-Miñana A. Individualized motivational plans in batterer intervention programs: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2018;86:309-320.
22. Murphy CM, Eckhardt CI, Clifford JM, Lamotte AD, Meis LA. Individual versus group cognitive-behavioral therapy for partner-violent men: A preliminary randomized trial. *J Interpers Violence* 2017;1-23.
23. Santirso FA, Gilchrist G, Lila M, Gracia E. Motivational strategies in interventions for intimate partner violence offenders: A systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials. *Psychosoc Interv* 2020;29(3):175-190.
24. Soleymani S, Britt E, Wallace-Bell M. Motivational interviewing for enhancing engagement in intimate partner violence (IPV) treatment: A review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2018;40:119-127.
25. Covell CN, Huss MT, Langhinrichsen-Rohling J. Empathic deficits among male batterers: A multidimensional approach. *J Fam Violence* 2007;22:165-174.
26. Expósito-Álvarez C, Lila M, Gracia E, Martín-Fernández M. Risk factors and treatment needs of batterer intervention program participants with substance abuse problems. *Eur J Psychol Appl L* 2021;13(2):87-97.

27. Pu DF, Rodriguez CM, Dimperio MD. Factors Distinguishing Reciprocal Versus Nonreciprocal Intimate Partner Violence Across Time and Reporter. *J. Interpers. Violence* 2022;37(15-16):13654-13684.
28. Shorey RC, McNulty JK, Moore TM, Stuart GL. Emotion regulation moderates the association between proximal negative affect and intimate partner violence perpetration. *Prev Sci* 2015;16:873-880.
29. Sygel K, Kristiansson M, Furberg R, Fors U. Reactions on Display/Intimate Partner Violence (RoD/IPV)-A study of a new interactive computer simulation program for the treatment of men convicted of intimate partner violence. *Int. J. Forensic Ment. Health* 2014;13(4):369-380.
30. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D, editors. *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York: Basic Books; 1997. p. 3-31.
31. Echeburúa E, Amor PJ. Male batterers: Are they mentally ill and are they needed of psychological treatment? *Ter Psicol* 2016;34(1):31-40.
32. Fariña F, Arce R, Novo M, Vázquez MJ. Study of emotional intelligence in gender violence convicts. In: Fernández-Berrocal P, Extremera N, Palomera R, Ruiz-Aranda D, Salguero JM, Cabello R, coordinators. *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. Marcelino Botín Foundation; 2009. p. 503-507.
33. Mora-Pelegrín M, Montes-Berges B, Ramos MM, Augusto JM. Emotional Intelligence in authors of crimes related to the gender violence. *Proceedings of the Social Psychology Section Annual Conference of the British Psychological Society*; 2010 Sep 8; Winchester, UK. British Psychological Society.
34. Moriarty N, Stough C, Tidmarsh P, Eger D, Dennison S. Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *J Adolesc* 2001;24(6):743-751. pmid:11790054

35. Rodríguez-Espartal N, López-Zafra E. Emotional program for prisoners for gender violence (PREMOVIGE): Effectiveness in cognitive and behavioral variables. *Psychosoc Interv* 2013;22(2):115-123.
36. Romero-Martínez Á, Lila M, Gracia E, Moya-Albiol L. Improving empathy with motivational strategies in batterer intervention programmes: Results of a randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2019;58(2):125-139. pmid:30345574
37. Romero-Martínez A, Lila M, Sarrate-Costa C, Comes-Fayos J, Moya-Albiol L. The interaction between attention deficit hyperactivity disorder and neuropsychological deficits for explaining dropout and recidivism of intimate partner violence perpetrators. *Eur J Psychol Appl Leg Context* 2023;15(1):33-42.
38. Sordi B. (2015). Rehabilitation programmes for aggressors in Spain: an indispensable element of policies to combat gender violence". *Política Crim* 2015;10(19):297-317.
39. Strickland J, Parry CL, Allan MM, Allan A. Alexithymia among perpetrators of violent offences in Australia: Implications for rehabilitation. *Aust Psychol* 2017;52(3):230-237.
40. Jaffe AE, Simonet DV, Tett RP, Swopes RM, Davis JL. Multidimensional trait emotional intelligence and aggressive tendencies in male offenders of domestic violence. *J Fam Violence* 2015;30:769-781.
41. Zosky DL. "I feel your pain": Do batter intervention programs impact perpetrators' empathy for victims? *Partn abuse* 2016;7(1):70-86.
42. Jolliffe D, Farrington DP. Empathy and offending, aggression, and bullying: Taking stock and moving forward. In: Jolliffe D, Farrington DP, editors. *Empathy versus offending, aggression and bullying: Advancing knowledge using the Basic Empathy scale*. Taylor & Francis Group: 2021. p. 247-254.

43. Trivedi-Bateman N, Crook EL. The optimal application of empathy interventions to reduce antisocial behaviour and crime: a review of the literature. *Psychol Crim Law* 2022;28(8):796-819.
44. Wigham S, McGovern R, Kaner E, Hackett SS. A review of recent innovation in psychosocial interventions for reducing violence and aggression in adults using a horizon scanning approach. *Aggress Violent Behav* 2022;62:101685.
45. Boira S, López Y, Tomás-Aragonés L, Gaspar AR. Psychological intervention in the community in men convicted of gender violence. *An Psicol* 2013;29(1):19-28
46. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. pmid:33782057
47. *Easton CJ, Crane CA, Mandel D. A Randomized Controlled Trial Assessing the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Substance-Dependent Domestic Violence Offenders: An Integrated Substance Abuse-Domestic Violence Treatment Approach (SADV). *J Marital Fam Ther* 2018;44(3):483-498. pmid:29108096
48. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* 2014;348:g1687. pmid:24609605
49. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928. pmid:22008217
50. *Cavanaugh MM, Solomon P, Gelles RJ. The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW): the conceptual framework and curriculum for a preventative intervention for males at risk for IPV. *Violence Against Women* 2011;17(8):970-989. pmid:21757433

51. *Cotti C, Foster J, Haley MR, Rawski SL. Duluth versus cognitive behavioral therapy: A natural field experiment on intimate partner violence diversion programs. *J Exp Psychol Appl* 2020;26(2):384-395. pmid:31599627
52. *Dunford FW (2000). The San Diego Navy Experiment: An assessment of interventions for men who assault their wives. *J. Consult. Clin. Psychol* 2000;68(3):468-476.
53. *Fernández-Montalvo J, Arteaga A, López-Goñi JJ. Treatment effectiveness of intimate partner violence perpetration among patients in a drug addiction program. *Psychol Violence* 2019;9(2):156-166.
54. *Gilchrist G, Potts L, Radcliffe P, et al. ADVANCE integrated group intervention to address both substance use and intimate partner abuse perpetration by men in substance use treatment: a feasibility randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2021;21(1):980. pmid:34034690
55. *Hesser H, Axelsson S, Bäcké V, et al. Preventing intimate partner violence via the Internet: A randomized controlled trial of emotion-regulation and conflict-management training for individuals with aggression problems. *Clin Psychol Psychother* 2017;24(5):1163-1177. pmid:28261923
56. *Kraanen FL, Vedel E, Scholing A, Emmelkamp PM. The comparative effectiveness of Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:189. pmid:24059784
57. *Labriola M, Rempel M, Davis RC. Testing the effectiveness of batterer programs and judicial monitoring. Results from a randomized trial at the Bronx Misdemeanor Domestic Violence Court [Internet]. Washington: Center for Court Innovation; 2005 [cited 2023 May 9]. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/testing-effectiveness-batterer-programs-and-judicial-monitoring>

58. *Nesset MB, Lara-Cabrera ML, Bjørngaard JH, Whittington R, Palmstierna T. Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):178. pmid:32306935
59. *Romero-Martínez Á, Santirso F, Lila M, Comes-Fayos J, Moya-Albiol L. Cognitive Flexibility and Reaction Time Improvements After Cognitive Training Designed for Men Perpetrators of Intimate Partner Violence: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *J Fam Violence* 2022;37(3):461-473. pmid:34376906
60. *Rosenfeld B, Galletta M, Foellmi M, et al. Dialectical behavior therapy (DBT) for the treatment of stalking offenders: A randomized controlled study. *Law Hum Behav* 2019;43(4):319-328. pmid:31204832
61. *Stover CS, McMahon TJ, Moore K. A randomized pilot trial of two parenting interventions for fathers in residential substance use disorder treatment. *J Subst Abuse Treat* 2019;104:116-127. pmid:31370975
62. * Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *J Consult Clin Psychol* 2015;83(1):199-212. pmid:25265545
63. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues* 1996;17:283-316.
64. Murphy CM, Hoover SA. Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. *Violence Vic* 1999;14(1):39-53. pmid:10397625
65. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004;36:41-54.

66. Nasset MB, Bjørngaard JH, Whittington R, Palmstierna T. Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2021;113:103795. pmid:33120137
67. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources;1988.
68. Mehrabian A. Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES). (Available from Albert Mehrabian); 1996.
69. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42(2):241-251. pmid:11280420
70. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-613. pmid:1155691
71. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-1097. pmid:16717171
72. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974;19(1):1-15. Pmid:4808738
73. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sørensen T, Bruusgaard D. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(7):345-354. pmid:9689897

74. Kropp PR, Hart SD, Webster CW, Eaves D. Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide. 2nd ed. British Columbia Institute on Family Violence; 1995.
75. Andrés-Pueyo A, López S, Álvarez E. Assessment of the risk of violence against a partner through the SARA. *Pap Psicol* 2008;29(1):107-122.
76. Mehrabian A. Relations among personality scales of aggression, violence, and empathy: validation evidence bearing on the risk of eruptive violence scale. *Aggress Behav* 1997;23:433-445.
77. Lilley-Walker SJ, Hester M, Turner W. Evaluation of European Domestic Violence Perpetrator Programmes: Toward a Model for Designing and Reporting Evaluations Related to Perpetrator Treatment Interventions. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018;62(4):868-884. pmid:27884945
78. López-Ossorio JJ, González-Álvarez JL, Andrés-Pueyo A. Predictive efficacy of police risk assessment of gender-based violence. *Psychosoc Interv* 2016;25(1):1-7.
79. Spencer C, Mallory AB, Cafferky BM, Kimmes JG, Beck AR, Stith SM. Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychol Violence* 2019;9(1):1-17.
80. Birkley EL, Eckhardt CI, Dykstra RE. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, Intimate Partner Violence, and Relationship Functioning: A Meta-Analytic Review. *J Trauma Stress* 2016;29(5):397-405. pmid:27644053
81. Spencer CM, Stith SM, Cafferky B. What Puts Individuals at Risk for Physical Intimate Partner Violence Perpetration? A Meta-Analysis Examining Risk Markers for Men and Women. *Trauma Violence Abuse* 2022;23(1):36-51. pmid:32431231

82. Babcock JC, Graham K, Canady B, Ross JM. A proximal change experiment testing two communication exercises with intimate partner violent men. *Behav Ther* 2011;42(2):336-347. pmid:21496517
83. Goodman LA, Epstein D, Sullivan CM. Beyond the RCT: Integrating Rigor and Relevance to Evaluate the Outcomes of Domestic Violence Programs. *Am J Eval* 2018;39(1):58-70.
84. Gibbons P, Collins M, Reid C. How useful are indices of personality pathology when assessing domestic violence perpetrators? *Psychol Assess* 2011;23(1):164-173.
85. Karakurt G, Koç E, Çetinsaya EE, Ayluçtarhan Z, Bolen S. Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. *Neurosci Biobehav Rev* 2019;105:220-230. pmid:31415863

Appendix.

Main characteristic compilation of the final sample.

	Sample size (N) Recruited population Mean age year (M) Court referred or Volunteers (% of men)	Intervention setting/staff	Emotional intervention Intervention group (IG)			Standard or other intervention Control group (CG)		Follow-up period	Outcomes (Main tools used)	Results
			Treatment type and intervention format (n)	Type of emotional skills delivered	N Sessions Intervention length	Treatment type and intervention format (n)	N Sessions Intervention length			
Cavanaugh et al., (2011) USA	N = 55 attendees for a local anger management program (potentially at risk of IPV) M = 57.1% were between the ages of 18 and 35, and 42.9% were over age 36 Volunteers (100% men)	Community centers/ Master-level mental health professional	Dialectical Psycho- educational Workshop (DPEW) Group (n = 28)	Emotional regulation and Empathy	1 session (2 hours)	Anger management program. Group (n = 27)	1 session (2 hours)	1 month (Evaluation feedback)	1. Anger management skill (STAXI) 2. Empathy (BEES) 3. Self- controlling (WCQ) 4. Risk of eruptive violence (REV)	The IG increases awareness of adaptive coping skills, anger management, empathy, and decreases potential risk for expressions of physical violence
Cotti et al., (2020) USA	N = 154 convicted of intimate partner violence (misdemeanor offenders) M = 32.5 Court referred (60.4% men)	Community centers/ State-certified therapists	Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Group (n = 77)	Emotions management (stress, anxiety and anger)	16 sessions 9 months	Duluth model Group (n = 77)	21 sessions 9 months	3 years	1. Official recidivism (OR)	IPV recidivism rate was 14 pp higher for offenders (men) assigned to CG
Dunford et al., (2000) USA	N = 644 married U.S. Navy couples (misdemeanor offenders)	Military/ FAC-Navy staff and University of	Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	Emotions management (anger and	IG1-2: 32 sessions (26 weekly + 6 monthly)	Individual security planning (n =150)	0 sessions 12 months	6 months	1. Official recidivism (OR)	No significant differences between groups

	M = 27 Court referred (Mostly men)	Colorado research team	Group (n1 = 168) (n2 = 153) Individual (n3 = 173)	jealousy) and Empathy	IG3: 12 monthly sessions 12 months				2. Couples recidivism (CR) 3. Abusive behaviors (MCTS)	
Easton et al., (2018) USA	N = 63 arrested for IPV with substance dependence (SUD) M = 39.4 Court referred (100% men)	Community centers/ Master-level therapists	Substance Abuse- Domestic Violence therapy (SADV). Individual (n = 29)	Emotions management (anger and negative mood states)	12 weekly sessions 3 months	Drug counseling Individual (n = 34)	12 weekly sessions 3 months	3 months	1. State-Trait Anger Expression (STAXI) 2. Working Alliance (WAI) 3. Abusive behaviors (CTS-2) 4. Aggressive behaviors and hours of partner contact each day (TLFBSV)	SADV participants (IG) were less likely to engage in aggressive behavior proximal to a drinking episode, and reported fewer episodes of violence than CG participants at posttreatment follow-up.
Fernández- Montalvo et al., (2019) Spain	N = 70 patients in a drug addiction program (SUD) with IPV episodes M = 35.7 Volunteers (58,6% men)	Community centers/ Clinical psychologists with 10 or more years of experience in addictions	Integrated intervention program for drug addiction and IPV. Group (n = 34)	Emotions management (anger and emotional expression) and Empathy	36 sessions (with 20 additional IPV sessions 90-min) 12 months	Usual treatment in a drug addiction program (TAU). Group (n = 36)	36 sessions (weekly- biweekly 45-60 min) 12 months	6 months	1. Couples recidivism (CR) 2. Abusive behaviors (CTS-2) 3. Distorted thoughts about the use of violence (IDT-V) 4. Anger management skill (STAXI) 5. Impulsivity (BIS-10) 6. Maladjust-	The IG showed an IPV success rate significantly higher than CG and both groups achieved improvements in associated variables

Gilchrist et al., (2021) UK	N = 104 offenders in substance use treatment M = 42.1 Volunteers (100% men)	Community centers (substance use service)/ Health-care professionals	ADVANCE intervention (IPV+TAU) Individual/ Group (n = 54)	Emotional regulation and Empathy (perspective taking)	16 sessions (2-4 individual sessions + 12 group sessions) 16 weeks	Usual substance use treatment (TAU) Individual/ Group (n = 50)	16 sessions (Typically, fortnightly individual sessions + weekly group sessions) 16 weeks	Post- Intervention	1. Couples recidivism (CR) 2. Intimate partner abuse (URICA- DV...) 3. Substances use (AUDIT...) 4. Mental health (PHQ-9, GAD-7...) 5. Self-control (BSC)	Neither substance use nor IPV perpetration had worsened for IG. Both groups improve in mental health, although the IG scores 10 pp less than the CG among those who scored higher on the scales
Hesser et al., (2017) Sweden	N = 65 participants who report significant difficulties with aggression (mild form) in a close stable relationship M = 36.9 Volunteers (43% men)	Internet/ Clinical psychology students with clinical training	Internet- delivered cognitive behaviour therapy (iCBT) Individual (n = 32)	Emotional regulation (homework exercises)	Guided self- help format (therapists provided 24h feedback) 8 weeks	Monitored waitlist control Individual (n = 33)	8 weeks	1 year	1. Violent behaviour (CTS-2 and MMEA) 2. State/trail aggression (AQ) 3. Relationship quality (DAS) 4. Emotion regulation strategies (DERS) 5. Anger rumination (ARS) 6. Anxiety and depression symptoms (GAD-7 and PHQ-9)	The IG had significantly reduction in emotional abuse, anxiety and depression symptoms. The treatment effect was partially mediated by changes in emotion- regulation ability

Kraanen et al., (2013) Netherlands	N = 52 adults in SUD treatment with physical IPV M = 36.18 Volunteers (69% men)	Community centers/Social workers with experience in substance abuse counseling	I-Stop (substance abuse and IPV) Individual (n = 27)	Emotional regulation (anger management and coping with emotions that may lead to substance use and IPV).	16 sessions 16 weeks	CBT-SUD+ (only 1 IPV session) Individual (n = 25)	16 sessions 16 weeks	Post- intervention	1. Abusive behaviors (CTS-2) 2. Substance use (TLFP...) 3. Psychopa- thology (BSI) 4. Marital Satisfaction (MMQ)	No significant differences between groups (Both groups improve in substance use and IPV perpetration)
Labriola et al., (2005) USA	N = 420 offenders arraigned on a domestic violence misdemeanor M = 31 Court referred (100% men)	Community centers/ Community centers staff	Duluth model (batterer program + monthly judicial monitoring; batterer program + graduated monitoring Group (n1 = 102; n2 = 100)	Emotional regulation (recognizing emotions and controlling anger)	26 weeks	Judicial monitoring (monthly and graduated) Individual (n1 = 109; n2 = 109)	26 weeks	1 year	1. Official recidivism (OR) 2. Couples recidivism (CR) 3. Abusive behaviors (CTS)	No significant difference between groups
Nesset et al., (2020) Norway	N = 125 offenders who voluntarily seeking treatment M = 60.5 Volunteers (100% men)	Community centers (outpatient health service)/ Psychiatric nurses (for IG) and specialists in clinical psychology and education (for CG)	Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Individual + group (n = 67)	Emotional regulation (dysfunctional anger and negative emotions)	2 individual sessions + 15 group sessions 15 weeks	Mindfulness- based stress reduction Individual + group (n = 58)	1 individual session + 8 group sessions 8 weeks	1 year	1. Couples recidivism (CR) 2. Abusive behavior (CTS-2) 3. Symptoms of emotional distress (HSCL-25) 4. General emotion regulation (DERS)	No significant difference between groups. A substantial risk estimate reduction was found in both groups. Both groups had a reduction of anxiety and depression (symptom scores remained high) and in difficulties in

										emotion regulation
Romero-Martínez et al., (2022) Spain	N = 51 convicted of intimate partner violence M = 44.4 Court referred (100% men)	Community centers/ Therapists with one or more years of experience with batterer interventions	Standard Intervention Program (SIP) + Cognitive training Group (n = 20)	Empathic and emotion-decoding abilities	35 (2h) + 31 (15 min) sessions (2xWeek) 9 months	SIP + Placebo training Group (n = 31)	35 (2h) + 31 (15 min) sessions (2xWeek) 9 months	Post-intervention	1. Processing speed (CPT-III) 2. Emotion decoding (Eyes test) 3. Risk of recidivism (SARA)	Only IG improved their processing speed and cognitive flexibility. The IG presented the lowest risk of recidivism.
Rosenfeld et al., (2019) USA	N = 109 stalking offenders M = 36.05 Court referred (96% men)	Community centers/ Graduate students in clinical psychology trained to study	Dialectical Behavior Therapy (DBT) Individual + group (n = 57)	Emotional regulation (manage of strong emotions and urges)	48 sessions (24 group + 24 individual) 24 weeks	Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Individual (n = 52)	18 sessions 18 weeks	6 months	1. Official recidivism (OR) 2. Aggression (AQ) 3. Impulsivity (BIS-11) 4. Anger (STAXI) 5. Empathy (EQ)	No significant differences between groups on re-offense (recidivism). Small and significant effect in Empathy
Stover et al., (2019) USA	N = 62 fathers with a history of IPV who are in substance use disorder (SUD) treatment M = 35.85 Most of them were court referred (100% men)	Community centers/ Master's level clinicians trained to study	Fathers for Change (F4C). Integrated intervention IPV + child maltreatment + TAU Individual (n = 33)	Emotional regulation	16 sessions (12 weekly sessions + 4 booster sessions) 12 weeks	Dads and Kids (DNK). Psycho-educational intervention (behavioral parenting skills). Individual (n = 29)	16 sessions (12 weekly sessions + 4 booster sessions) 12 weeks	Post-intervention (3 months)	1. Abusive behaviors (CTS-2) 2. Difficulties in emotion regulation (DERS) 3. Anger management skill (STAXI)	No significant differences between groups on IPV. IG showed some benefit over CG in affect dysregulation symptoms and substance use relapse.
Zarling et al., (2015) USA	N = 101 adults in mental health treatment with IPV episodes	Community centers (mental health services)/	Acceptance and Commitment Therapy	Emotional Intelligence	12 sessions 12 weeks	Support and discussion format. Group	12 sessions 12 weeks	6 months	1. Emotional abuse (MMEA) 2. Physical	The IG had significantly greater declines in psychological

	M = 31 Volunteers (32% men)	Psychology doctoral students	(ACT). Group (n = 50)	(n = 51)					aggression (CTS-2) 3. Experiential avoidance (AAQ) 4. Difficulties in emotion regulation (DERS)	and physical aggression, and reductions in experiential avoidance and emotion dysregulation
Zarling et al., (2022) USA	338 convicted of IPV. M = 33.83 Court referred (100% men)	Community centers/ Qualified facilitators trained in ACT or Duluth Model approach	Acceptance and Commitment Therapy (Third-wave CBP to increase psychological flexibility) Group (n = 171)	Emotional regulation and Empathy (perspective- taking)	24 sessions 24 weeks	Duluth model Group (n = 167)	24 sessions 24 weeks	1 year	1. Official recidivism (OR) 2. Couples recidivism (CR) 3. Physical aggression (CTS-2) 4. Controlling behaviors (CBS) 5. Stalking behaviors (SBC)	No difference between groups in IPV charges (but victim reports indicated that IG engaged in fewer IPV behaviors). IG participants incurred fewer other charges.

Note. ARS = Anger Rumination Scale; AQ = Aggression Questionnaire; AAQ = Avoidance and Action Questionnaire; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; BEES = Balanced Emotional Empathy Scale; BIS-10 = Barratt Impulsiveness Scale; BSC = Brief Self Control Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; CBS = Controlling Behaviors Scale; CG = control group; CPT-III = Continuous Performance Test-III; CTS-2 = Revised Conflicts Tactics Scale; DAS = Dyadic Adjustment Scale; DERS = Dysfunctional and Emotional Regulation Scale; EG = Empathy Questionnaire; GAD-7 = General Anxiety Disorder-7; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist 25; IG = intervention group; IDT-V = Inventory of Distorted Thoughts About the Use of Violence; IPV = intimate partner violence; MCTS = Modified Conflicts Tactics Scale; MMEA = Multidimensional Measure of Emotional Abuse; MMQ = Maudsley Marital Questionnaire; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; REV = Risk or Eruptive Violence Scale; SARA = Spouse Assault Risk Assessment; SBC = Stalking Behavior Checklist; STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; SUD = substance use disorder; TAU = addiction treatment as usual; TLFB = Timeline Follow-Back Interview; TLFB SV = Timeline Follow-Back Spousal Violence; URICA-DV = Rhode Island Change Assessment for Domestic Violence Offenders-Revised; WAI = Working Alliance Inventory; WCQ = Ways of Coping Questionnaire.

IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

DISCUSIÓN

Las cifras oficiales que nos ofrecen sobre los casos de violencia de género y los detalles que salen a la luz en los medios de comunicación, revelan que todavía estamos lejos de poder erradicar este problema de salud pública que no entiende de clases sociales, ni tiene fronteras. Esta situación tan preocupante como compleja pone en tela de juicio las actuaciones que se están llevando a cabo, hasta la fecha, para tratar de contrarrestar el fenómeno de la violencia de género. La OMS (2019) señala que para prevenir este tipo de violencia es necesario mitigar los factores de riesgo asociados, potenciar factores de protección y fomentar estrategias que fortalezcan las habilidades para mejorar la comunicación interpersonal y la gestión de los conflictos en la pareja. En este sentido, se puso de manifiesto la necesidad de actualizar el análisis tanto de los factores de riesgo asociados a la violencia de género, como de las propuestas de intervención dirigidas a los agentes implicados en el problema.

La disposición para perdonar, el manejo de la empatía, los pensamientos distorsionados acerca de la figura del maltratador y la carencia de habilidades para gestionar las emociones en los agresores son los factores de riesgo relacionados con el desarrollo individual de las personas (nivel ontogenético) que se han analizado en esta tesis doctoral. El análisis profundo de estas variables ha derivado en la creación de nuevos instrumentos de medida que permiten evaluar algunos matices que no habían sido puestos de relieve o a los que se les estaba prestando menos atención. Además, estos factores están relacionados con contenidos que pueden incorporarse a las propuestas terapéuticas para que éstas se ajusten mejor a las características de las personas a las que van dirigidas y, en definitiva, mejoren su efectividad.

Por otro lado, ante la falta una evidencia clara de la efectividad de las propuestas de intervención con agresores de violencia de género (Arce et al., 2020; Stephens-Lewis et al., 2021; Travers et al., 2021; Wilson et al., 2021) y teniendo en cuenta las dificultades que tienen para reconocer estímulos emocionales en los demás y gestionar las emociones propias (Echeburúa y Amor, 2016; Expósito-Álvarez et al., 2021; Pu et al., 2022; Romero-Martínez et al., 2018; Romero-Martínez et al., 2023; Sordi, 2015; Strickland et al., 2017; Shorey et al., 2015; Sygel et al., 2014), junto con los efectos moderadores de la conducta agresiva que tienen las habilidades emocionales y la capacidad de empatizar (Chovanec, 2020; Jolliffe y Farrington, 2021; Travedi-Bateman y Crook, 2021; van der Helm, 2021), nos planteamos realizar una revisión de los programas de intervención para maltratadores que incluyesen el aprendizaje de habilidades emocionales y poder evaluar su efectividad, los métodos de evaluación empleados y las estrategias de motivación utilizadas. Los resultados de esta revisión sistemática han permitido actualizar la información al respecto de estas propuestas de intervención y constatar los planteamientos señalados en las hipótesis de partida.

Respecto al primero de los trabajos realizados, la creación y validación de la Escala de Disposición para Perdonar (EDP), los resultados muestran que se han cumplido los objetivos e hipótesis planteadas. Este nuevo instrumento, creado íntegramente en español, permite evaluar la capacidad para perdonar de jóvenes y adultos, y las propiedades psicométricas son adecuadas (objetivo principal 1). La escala está compuesta por 13 ítems (tipo Likert, con valoraciones de 1 a 5) e incluye las dimensiones propuestas en los principales modelos teóricos que explican el perdón disposicional (Berry et al., 2001; Thompson et al., 2005), reflejando una estructura factorial que representa el “perdón al otro”, el “perdón a uno mismo” y el “perdón a las situaciones” (objetivo específico 1a), pero con una solución final tras el análisis factorial

exploratorio (AFE) que contemplaba dos factores: el factor “perdón a las situaciones y hacia uno mismo” y el perdón hacia el otro”. Además, la escala refleja las tres dimensiones conceptuales que explican la forma de entender el perdón que propusieron Lawler-Row et al. (2006) y que están relacionadas con: a) los tipos de respuesta (cognitivas, emocionales y conductuales), b) las posibles direcciones de cambio (reducción de las respuestas de negativas y aumento de las positivas), y c) la orientación de sus acciones (hacia uno mismo, hacia otro o en ambas direcciones), tal y como se planteaba en uno de los objetivos (objetivo específico 1b). A modo de ejemplo se exponen alguno de los ítems que reflejan una respuesta cognitiva (ítem 4: “Cuando una persona me hace daño, sigo pensando mal de ella durante mucho tiempo”), emocional (ítem 5: “*Siento resentimiento hacia mí misma/o por las cosas negativas que he hecho*”), conductual (ítem 3: “*Cuando una persona me ha hecho algo que creo que no está bien, intento devolvérsela*”), de dirección de cambio negativo, (ítem 2: “*No puedo dejar de pensar en las situaciones negativas que he vivido*”) de dirección de cambio positivo (ítem 1: “*Es muy duro para mí pasar página de las situaciones desagradables que he vivido*”), orientada hacia uno mismo (ítem 9: “*No paro de criticarme por los fallos que he cometido en mi vida*”) y orientada hacia el otro (ítem 11: “*Me gustaría que le pasara algo malo a la persona que me ha hecho daño*”).

En cuanto a las hipótesis formuladas en este trabajo, relacionadas con aspectos de la validez de constructo, los análisis de correlación efectuados entre los diferentes instrumentos utilizados en el estudio mostraron correlaciones significativas entre la disposición para perdonar medida con la EDP y el perdón medido con la *Escala de perdón Heartland* (HFS; Thompson et al., 2005) (hipótesis 1a), y entre la actitud para perdonar y la autoestima medida con la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1964), por un lado, y la satisfacción con la vida medida con la *Escala de Satisfacción*

con la Vida (SWLS; Diener et al., 1985) por otro (hipótesis 1b). Finalmente, en cuanto a la relación con diferentes variables sociodemográficas, el resultado de los ANOVAs mostró que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones totales de la escala ni tampoco en la dimensión de disposición para perdonar “a la situación y a uno mismo”. Sin embargo, en el caso de la dimensión del perdón “hacia el otro”, se encontró que las mujeres mostraban mayor actitud para perdonar a otras personas que los hombres. Tampoco se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales de la EDP ni en sus factores, dependiendo de la edad o de la orientación política, pero sí se encontraron diferencias significativas en relación a si eran o no creyentes, aunque tan sólo en la dimensión perdón hacia el otro. Esto reflejaba que las personas con creencias religiosas mostraban mayor actitud para perdonar a los otros que las que no eran creyentes (hipótesis 1c).

Cabe destacar que, en relación con el modelo teórico de referencia, la estructura resultante del AFE agrupaba los ítems de los factores “perdón a las situaciones” y “perdón a uno mismo” en un único factor. Este resultado está en consonancia con el observado en otros estudios donde no se replica fielmente la estructura factorial de algunas escalas cuyo origen son las tres dimensiones propuestas (Rosales-Sarabia et al., 2017). No obstante, una reflexión teórica de las dimensiones de este constructo, nos puede llevar a pensar en varios aspectos a tener en cuenta y que podrían explicar esta reagrupación de factores. En primer lugar, si bien el perdón entendido como una respuesta orientada hacia uno mismo (nivel intrapersonal) o hacia otros (nivel interpersonal) está claramente definido y diferenciado, no ocurre lo mismo cuando nos situamos en el perdón “a las situaciones que escapan a nuestro control”, factor que resulta algo más confuso. En segundo lugar, si entendemos el perdón como un proceso, la persona podría “cambiar de

enfoque” y perdonarse a ella misma por los errores cometidos y las situaciones adversas de su entorno que le causan algún malestar, pero en las que no tiene enfrente “a nadie a quien perdonar”. En este sentido, el perdón “a las situaciones” no tiene porqué ser claramente independiente ni equidistante de las otras dos dimensiones, sino más bien, un factor asociado a las situaciones en las que la persona se siente responsable de algún suceso que no supo tener bajo control, del que no sabe cómo “pasar página” y, por tanto, más cercano a “perdonarse así misma”. En último lugar, parece evidente que la disposición para perdonar puede variar en el tiempo y en diferentes situaciones (e.g., agresión de un desconocido, saber del daño causado por alguien a un ser querido, incumplimiento de normas por parte de los hijos, infidelidades, procesos de separación y divorcio, acoso laboral o violencia de género), por lo que reducir el perdón a un rasgo estable de personalidad parece insuficiente para llegar a comprender comportamientos individuales en contextos específicos.

Finalmente, los resultados reflejan la existencia de diferencias significativas en la disposición para perdonar asociadas al sexo y la creencia religiosa (al menos en la dimensión “perdón hacia el otro) y la inexistencia de diferencias en relación a la edad y la orientación política. Estos datos parecen estar en consonancia con los observados en otros estudios donde se muestra que las mujeres perdonarían más que los hombres (Garzón y Barahona, 2018; Maganto y Garaigordobil, 2010; Mellor et al., 2012; Miller et al., 2008; Orathinkal et al., 2008) y la influencia que tienen las creencias religiosas (Bono, 2005; Lutjen et al., 2012; Tsang et al., 2005), pero no reflejarían que la tendencia a perdonar aumentara con la edad (Allemand, 2008; Cheng y Yim, 2008; Guzmán et al., 2014; Lawler-Row y Piferi, 2006; Steiner et al., 2011; Toussaint et al., 2001), discrepancia que, sin embargo, también han mostrado otros autores (Morales y Arias, 2014).

En relación al segundo de los trabajos realizados, construcción y validación de la Escala de Manejo de Empatía (EME), los resultados muestran que se cumplieron los objetivos e hipótesis planteadas. Este novedoso instrumento permite evaluar la habilidad que tienen las personas para gestionar de forma óptima su capacidad de empatizar, y sus propiedades psicométricas fueron aceptables por lo que respecta a la fiabilidad y adecuadas respecto a su validez (objetivo principal 2). Los análisis realizados dieron como resultado una escala final de 18 ítems (tipo Likert, con valoraciones de 1 a 5), agrupados en cinco factores: *identificación* (ítems 9, 10 y 15), *incorporación* (ítems 6, 8 y 13), *reverberación* (ítems 2, 3, 5 y 11), *separación* (ítems 1, 4, 17 y 18) y *proyección* (ítems 7, 12, 14 y 16), según el modelo del “proceso empático” propuesto por Reik (1949) y con la inclusión de la proyección (capacidad de generar emociones en los demás), por ser una dimensión que está relacionada con la empatía y la regulación de los estados emocionales de otras personas (objetivos específicos 2a y 2b).

La estructura dimensional de la escala mantiene la propuesta original sugerida por Reik, en la que describe los procesos empáticos que se activan de manera secuencial, y en línea con las aportaciones posteriores de Repetto (1977, 2009), aunque con algunos matices. Si bien, la *identificación* sigue apareciendo como una variable fundamental en el proceso de la empatía (obtuvo las puntuaciones más altas), contrariamente a lo que planteó Repetto, la identificación de las emociones de otras personas no se correlaciona ni se superpone con la incorporación de las mismas en el estado emocional propio. Estos resultados están en línea con la investigación neuroanatómica y funcional sobre la empatía. Los aspectos emocionales de la empatía (e.g., compartir estados emocionales) se relacionan con las neuronas espejo, mientras que los aspectos cognitivos (e.g., toma de perspectiva) se relacionan principalmente con procesos cognitivos de alto nivel (Filippetti et

al., 2012; Gallese, 2003). Desde otra perspectiva, el resultado de la falta de correlación entre la *identificación* y la *incorporación* podría deberse a que son fases en las que se emplean mecanismos diferentes en el modo de captar y sentir la experiencia de otro; así, en la *identificación* el procesamiento de la información emocional tendría lugar más en el plano cognitivo y en la *incorporación* más a nivel afectivo. Además, parece probable que los recursos empleados para experimentar lo que la otra persona siente, no sean los mismos que se utilizan para asumir esa experiencia ajena “como si fuera nuestra” (Ripstein, 1977). En este orden de factores, también se observó que la *incorporación* no se correlacionaba con ninguna de las otras dimensiones de la EME. Este hecho podría explicarse porque la fase de *incorporación* representa la dimensión más emocional de la empatía (aunque pueda albergar aspectos cognitivos), frente a los otros factores que se encuadran en la dimensión cognitiva, y porque además se sitúa en la base del “contagio emocional” en su grado máximo (e.g., asumir los sentimientos de los otros como si fueran propios y con la misma intensidad). Como se apuntó con anterioridad, la posibilidad para cualquier persona de “quedar anclada” en esta fase del proceso empático, pondría de manifiesto una serie de dificultades para interactuar de forma saludable y equilibrada con uno mismo, con los demás y con el entorno. En este sentido, la combinación de una puntuación alta en el factor *incorporación* con una puntuación baja en el factor *separación* podría convertirse en una “situación peligrosa” para la persona en cuestión (e.g., terapeutas, profesionales sanitarios y de servicios sociales, personas cuidadoras y víctimas de violencia de género). Finalmente, las correlaciones encontradas entre los factores *reverberación*, *separación* y *proyección* se sustentarían porque todos ellos requieren de habilidades para monitorizar de forma reflexiva las emociones propias y ajenas, discernir acerca de la procedencia de las emociones que sentimos y, en definitiva, ser

conscientes de los procesos implicados para manejar de forma efectiva nuestra empatía. Añadir, que la *proyección* se incorporó a la escala considerándola como una etapa final del proceso empático y que es especialmente relevante en el contexto profesional por representar la capacidad de generar emociones positivas y un estado emocional equilibrado en los demás (e.g., terapeuta que hace un diagnóstico correcto y además transmite confianza y serenidad en la persona que es atendida). En líneas generales, podría decirse que para alcanzar una adecuada *separación* emocional se requiere haber culminado las fases anteriores (*identificación*, *incorporación* y *reverberación*, por este orden). Sin embargo, esta secuencia no se daría siempre en la dirección contraria; es decir, las personas con capacidad para captar las emociones de otros e interiorizarlas como propias, podrían tener dificultades para distinguir entre las experiencias propias y las ajenas, para tomar distancia y analizarlo todo de manera racional y consciente y, de esta manera, tomar decisiones de forma adecuada.

Acerca de las hipótesis planteadas en este segundo trabajo, el manejo de la empatía medido con la EME mostró correlaciones significativas con el resto de variables estudiadas y que estaban asociadas a la capacidad de empatizar y de gestionar emociones. En concreto, el manejo de la empatía (EME) correlacionó de forma significativa y positiva con la reactividad interpersonal al adoptar una actitud empática medida con el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1980), con la personalidad “émata” medida con la *Escala de Personalidad Émata* (EPE; Aranda et al., 2011), y con la Inteligencia Emocional medida con la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey et al., 1995), tal y como formulaba la primera de las hipótesis (hipótesis 2a).

A nivel más específico y atendiendo a las correlaciones entre algunas de las dimensiones de las escalas, se observaron correlaciones significativas de los factores *reverberación*, *separación* y *proyección* (separación emocional)

con las tres subescalas de la TMMS-24 (inteligencia emocional), pero especialmente altas con *claridad* y *reparación*. Esto reflejaría que tener la capacidad de distinguir nuestras propias emociones de las de otros, distanciarse de forma reflexiva de los sentimientos para tomar una decisión y generar emociones en los demás, se corresponde claramente con la posesión de habilidades para comprender, analizar y regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual (hipótesis 2b). Parece lógico pensar, que si una persona posee habilidad para manejar de forma óptima su capacidad de empatizar, también será competente para atender, comprender y regular las emociones propias y las de los demás. Sin embargo, ser empático no significa en todos los casos ser una persona emocionalmente inteligente; este hecho se observa, por ejemplo, en algunas situaciones en las que involucrarse en exceso sin lograr una separación emocional adecuada, pueda conllevar un bloqueo o sobrecarga que dificulte regular nuestras emociones e influir en el estado emocional de otros. A la vista del conjunto de estos resultados, se podría afirmar que el manejo adecuado de la empatía contribuye a que las personas se comporten de forma inteligente a nivel emocional y viceversa.

Por otro lado, las correlaciones encontradas entre las dimensiones que comprenden el manejo de empatía (EME) y la capacidad de empatizar (EPE e IRI) fueron algo más dispares y su interpretación compleja (hipótesis 2c). El análisis reveló relaciones significativas entre la subescala de *sentimientos* de la EPE (incluye tres importantes características de los “*émpatas*”: identificación, introyección y proyección) y las cinco dimensiones de la EME, y entre la subescala de *separación o reverberación* de la EPE (dificultad de los “*émpatas*” para separarse de las emociones de los demás) y las tres primeras dimensiones de la EME. Ambos instrumentos comparten un trasfondo teórico, como se refleja en los resultados obtenidos. Quizás, los

hallazgos más novedosos se refieren al concepto de “ápatas” (personas con baja empatía), evaluado a través de una de las subescalas de la EPE, y que se definen no solo por una baja identificación (imposibilidad o dificultad de sentir o experimentar las emociones de los demás), sino también por un peor manejo de la empatía, es decir, menor reverberación y proyección. Con respecto al IRI, la *separación* (EME) tan sólo mostró una correlación significativamente positiva con la *toma de perspectiva* y negativa (marginally significativa) con *malestar personal*. Finalmente, la *proyección* (EME) correlacionaba positivamente con la *toma de perspectiva* y la *preocupación empática*, no lo hacía con la *fantasía*, y correlacionaba de forma negativa con el *malestar personal*. En conjunto, la tendencia indica que conforme la persona va transitando por las fases del proceso que se asocian con un mejor manejo de la empatía (reverberación, separación y proyección), mantiene la adopción mental de la perspectiva de los demás (factores cognitivos de la empatía) y deja atrás los sentimientos de malestar por haber contemplado la experiencia negativa de los otros (factores emocionales de la empatía).

Respecto a los análisis de regresión realizados en este estudio, los resultados reflejan que el manejo de la empatía es un buen predictor de la Inteligencia Emocional (medido con el TMMS-24) y de la reactividad interpersonal al adoptar una actitud empática (medida con el IRI), cumpliéndose así otra de las hipótesis (hipótesis 2d). En ambos casos, los modelos indicaron que el porcentaje de varianza que se explicaba de la variable dependiente (IE y nivel de empatía) aumentaba si se tenían en cuenta las dimensiones de la EME, en lugar de la puntuación total; por un lado, los factores que mejor predecían la inteligencia emocional fueron *identificación*, *reverberación*, *separación* y *proyección*; y, por otro lado, los factores que mejor predecían la reactividad interpersonal (aumentando

considerablemente el porcentaje de la varianza explicada) fueron *identificación* e *incorporación*. No resulta extraño que el manejo de la empatía sea un buen predictor de la Inteligencia Emocional, puesto que ambos constructos están asociados a la regulación de las emociones propias y las de los demás, y habían mostrado correlaciones significativas. Sin embargo, el resultado de que tan solo la *identificación* y la *incorporación* de la EME puedan predecir la reactividad interpersonal resulta algo contradictorio, puesto que era de esperar que el resto de dimensiones de la EME (precisamente las que indican manejo de empatía) fueran también un buen predictor de la capacidad de empatizar. No obstante, estos resultados podrían explicarse teniendo en cuenta que estas dos primeras fases del proceso empático, que se consideran básicas y están relacionadas con la facilidad para conectar con las emociones e interiorizarlas, se asociarían de forma clara con la capacidad de empatizar e irían en consonancia con la falta de correlación entre algunas de las dimensiones de ambas escalas. Desde este punto de vista, estos datos apoyarían la idea de que manejo de empatía y capacidad de empatizar son constructos diferentes.

Finalmente, los resultados reflejan la existencia de diferencias significativas en el manejo de la empatía asociadas a algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel y campo de estudio, y las creencias religiosas (hipótesis 2e). En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres obtenían mayores puntuaciones tanto en *identificación* como en *incorporación*. En relación con la edad, se encontró que a mayor edad se puntuaba más alto en *incorporación* y más bajo en *identificación*. Respecto al nivel de estudios, los resultados reflejaron que a mayor nivel de estudios se obtenían puntuaciones más altas en *identificación* y que los estudiantes de carreras como psicología y enfermería en este estudio tenían una mayor capacidad para identificar y comprender estados emocionales en

comparación con los estudiantes de derecho y administración y dirección de empresas. Por último, según las creencias religiosas, puntuaron más alto en *incorporación* las personas que se consideraban creyentes y más alto en *identificación* las personas no creyentes.

Estos datos están en consonancia con los obtenidos en otros trabajos donde se muestra que la empatía (medida como capacidad) tiene una mayor prevalencia en el género femenino (Bora y Baysan, 2009; López-Fernández et al., 2018; Shulte-Rüther et al., 2008). Además, los mayores niveles de *identificación* e *incorporación* de las mujeres en el presente estudio reflejan la tendencia de las mujeres a experimentar mayor empatía emocional (Valor-Segura et al., 2010), una mayor compasión, preocupación y cuidado ante la incomodidad de los demás, y mayor capacidad para ponerse en el lugar de los demás y comprender su situación (Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2019; Mestre et al., 2004). Sin embargo, estas diferencias no se encontraron en las otras dimensiones de la EME (en este estudio mujeres y hombres tenían habilidades similares de reverberación, separación y proyección). En línea con este aspecto, estudios recientes han cuestionado la existencia de diferencias tan rígidas en la empatía entre hombres y mujeres, puesto que estas diferencias podrían resultar de la interacción de múltiples factores, como el aprendizaje social, la predisposición genética, los fundamentos evolutivos y los estilos interpersonales (Hojat et al., 2002; Toccaceli et al., 2018). Como consecuencia de los cambios socioculturales (e.g., una sociedad más igualitaria) los hombres utilizan cada vez más sus capacidades empáticas y las diferencias de sexo en este constructo estarían disminuyendo.

Por otro lado, la relación entre edad y empatía ha sido ampliamente estudiada, y parece haber acuerdo en que esta última aumenta progresivamente desde la niñez hasta la adolescencia, particularmente en términos de regulación emocional (Stern y Cassidy, 2018). Los estudios sobre

la empatía en adultos jóvenes y mayores son menos comunes y los resultados son menos concluyentes. Algunos trabajos sobre este tema concluyen que la edad aumenta gradualmente la capacidad de ponerse en el lugar de los demás (Allemand et al., 2015; Retuerto, 2004). Además, las reacciones emocionales negativas (malestar personal) se transforman con la edad en simpatía y compasión hacia los demás (Sun et al., 2017; Wieck y Kunzmann, 2015). Sin embargo, alguna otra investigación ha sugerido lo contrario, es decir, que la empatía cognitiva disminuye con la edad y los adultos mayores experimentan niveles más altos de angustia emocional y reactividad ante la incomodidad de otra persona (Bailey et al., 2020). Los resultados del presente estudio están en consonancia con este último.

Atendiendo al resto de variables analizadas, el resultado de las diferencias encontradas entre estudiantes de carreras de psicología y enfermería por un lado, y estudiantes de derecho y administración de empresas por otro, podrían explicarse de varias formas. Las diferencias en *identificación* podrían deberse tanto a diferencias en ciertos rasgos individuales como a características cognitivas y motivacionales, valores o empatía. Alternativamente, las diferencias podrían ser el resultado de una formación específica y las competencias básicas de cada título universitario. Finalmente, en cuanto a las creencias religiosas, los resultados encontrados no estarían en consonancia con otros estudios que señalan que las personas que se consideran ateas alcancen puntuaciones más bajas en empatía que las que tienen creencias religiosas (Landa et al., 2018). En el presente estudio las personas creyentes obtienen puntuaciones más altas en la dimensión afectiva de la empatía y las personas no creyentes en la dimensión cognitiva. En cualquier caso, teniendo en cuenta que el constructo que se trata de evaluar en este trabajo es tan novedoso, se hace necesario desarrollar más investigaciones que permitan una mayor consistencia de las

diferencias en manejo de empatía encontradas aquí, respecto a estas variables sociodemográficas.

Respecto al tercero de los estudios realizados, la Creación y Validación del Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre Agresores de Violencia de Género (IPDAVG), los resultados muestran que se han cumplido todos los objetivos y la mayoría de las hipótesis planteadas. Este nuevo instrumento, que viene a complementar a otras herramientas que miden mitos y creencias erróneas asociados al fenómeno de la violencia de género, permite la medición de los pensamientos distorsionados, creencias equivocadas o ideas estereotípicas sobre la figura del agresor de violencia de género (objetivo general 3). El inventario está compuesto por 35 ítems (tipo Likert, con valoraciones de 1 a 5) que se distribuyen en una única dimensión, ha mostrado índices de fiabilidad y validez adecuados e incluye características individuales, sociales, conductuales, cognitivas, emocionales, de personalidad y de pronóstico de cambio, relacionadas con el supuesto perfil del maltratador y las circunstancias que lo rodean (objetivo específico 3a). A modo de ejemplo se muestran algunos ítems que hacen referencia a aspectos relacionados con el comportamiento (ítem 27: “Los maltratadores no pueden esconder su conducta y se comportan de igual forma en casa que en otros lugares”), aspectos cognitivos (ítem 13: “La mayoría de maltratadores piensa que su pareja es la que debe cambiar”), aspectos emocionales (ítem 34: “La mayoría de los maltratadores son hombres con una alta autoestima”) y de pronóstico de cambio (ítem 17: “Cuando un maltratador acepta ponerse en tratamiento, es porque realmente es consciente de sus dificultades para mantener una relación de pareja sana”). Las puntuaciones obtenidas en la muestra utilizada indican que todas las características de los agresores no se conocen por igual y, por tanto, que existen más creencias equivocadas en torno a unas que frente a otras (objetivo específico 3b). Para considerar niveles bajos o altos de

distorsión en las creencias, se aplicó el cálculo de los percentiles 25 y 75. De forma que las puntuaciones $\leq$ de 2.50 (P_{25}) indican los niveles más bajos de distorsión (por tanto, respuestas menos sesgadas) y las puntuaciones $\geq$ de 2.88 (P_{75}) indican los niveles más altos. En concreto se encontraron pensamientos distorsionados más elevados en torno a algunas características individuales o de personalidad (ítem 1: “Los hombres que agreden a sus parejas son violentos por naturaleza”), aspectos emocionales (ítem 3: “El ejercicio de la violencia ayuda a los maltratadores a mantener una alta autoestima”), aspectos cognitivos (ítem 20: “En muy pocos casos, los maltratadores argumentan que ellos también han sido agredidos por su mujer”), y relacionados con el pronóstico de cambio (ítem 14: “Los maltratadores nunca podrán cambiar por mucho que se lo propongan”). Algunas características como la doble fachada, la justificación, la externalización de la culpa, las conductas de control, la manipulación, los celos y las actitudes posesivas pueden percibirse con mayor o menor dificultad, pero no todos los aspectos relacionados con el perfil maltratador son tan fácilmente observables; por ejemplo, la baja autoestima y la dependencia emocional e inseguridad son características que aun estando conectadas entre sí, son difíciles de detectar por no exponerse de forma evidente y manifiesta (Arias, 2018; Dohmen, 1995; Guerrero-Molina et al., 2017; Henning y Connor-Smith, 2011; López y Moral, 2020).

La falta de formación en violencia de género ha quedado constatada en diferentes contextos profesionales y universitarios (DGVG, 2012, 2015a; Diéguez et al., 2020; García-Díaz et al., 2020) y representa un ver verdadero obstáculo para poder identificar, diagnosticar y actuar de forma adecuada en estos casos. Además, las actitudes sexistas entre algunos profesionales se relacionan con una menor implicación en el abordaje de los mismos (Noriega et al., 2020). Todo ello, unido a la presencia de actitudes y percepciones

erróneas entre estudiantes del ámbito sanitario y jurídico (Diéguez et al., 2020), el mantenimiento de mitos relacionados con el amor romántico, roles de género y violencia contra la mujer en futuros docentes (Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2018, 2019) y, en general, a la vigencia de estos mitos en personas de nuestro entorno (Ferrer-Pérez, López-Prats et al., 2016), hace necesario seguir profundizando en el seguimiento de la posible relación entre el mantenimiento de pensamientos distorsionados en torno al problema de la violencia de género y la falta de formación académica tanto general como específica. En línea con este argumento, los resultados derivados de la muestra empleada en este estudio reflejaron puntuaciones significativamente menores en pensamientos distorsionados sobre los agresores entre estudiantes universitarios y nivel de bachillerato o grado de formación profesional y el resto de niveles de formación académica (objetivo específico 3c). En futuros estudios, la aplicación de la escala se podrá utilizar para detectar este tipo de creencias erróneas entre profesionales en ejercicio, relacionarla con la formación específica recibida y poder contrarrestar las nefastas consecuencias que conllevan.

En relación con las hipótesis planteadas en este tercer trabajo, las puntuaciones obtenidas con este instrumento mostraron correlaciones significativas con las de otras escalas empleadas en este estudio y que también miden actitudes tolerantes y sesgos cognitivos asociados a la violencia contra la mujer (hipótesis 3a). Como era de esperar, los pensamientos distorsionados sobre los agresores de violencia de género medidos con el IPDAVG, correlacionan de forma positiva con los sesgos cognitivos sobre los roles de género, la inferioridad de la mujer y la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos medidos con el *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia Revisado* (IPDMUV-R; Echeburúa et al., 2016). Además, una mayor

distorsión sobre la percepción de los maltratadores se asoció a mayores niveles de sexismo en sus vertientes “hostil” y “benévola” evaluadas con el *Ambivalent Sexim Inventory* (ASI; Glick y Fiske, 1996). Estudios previos muestran que ambos inventarios correlacionan entre sí de forma significativa y también lo hacen con escalas que miden otras creencias erróneas asociadas al fenómeno de la violencia de género (Arnosó et al., 2017; Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2019; Echeburúa et al., 2016; Martín-Fernández et al., 2018; Megías et al., 2011; Megías et al., 2018; Ubillos et al., 2017). En cuanto a la segunda de las hipótesis (hipótesis 3b: Los pensamientos distorsionados sobre el hombre potencialmente violento contra las mujeres, estarán presentes en víctimas, los propios agresores, estudiantes -futuros profesionales- y profesionales en ejercicio), recordar que en el apartado correspondiente ya se señaló que en este trabajo se analizaron los pensamientos distorsionados obtenidos de una muestra de estudiantes y personas de su entorno. La aplicación de la escala en otros contextos y con muestras clínicas será el objetivo de futuras investigaciones.

En último término, el análisis efectuado sobre las puntuaciones obtenidas en el IPDAVG en relación con las variables sociodemográficas estudiadas, refleja la existencia de diferencias significativas asociadas al sexo, la edad, el empleo, el nivel de estudios (analizado antes en el objetivo específico 3c), tener creencias religiosas y conocer casos cercanos de violencia de género (hipótesis 3c). En concreto, las mujeres presentaron menos pensamientos distorsionados en torno a la figura del agresor que los hombres de la muestra y las puntuaciones fueron significativamente más elevadas en el grupo de edad de 61-70 años. Las profesiones fueron agrupadas en sector primario, secundario, servicios, administrativos, desempleados/as, jubilados/as y estudiantes. Solo se encontraron diferencias significativas entre las personas jubiladas con los estudiantes y con aquellas que trabajaban en el

sector servicios (e.g. educadoras, docentes, psicólogas, salud, abogadas, cuidadoras), posiblemente relacionadas por coincidir unos con el grupo de mayor edad y otros con las personas con mayor nivel de formación académica; aun así, la media en la puntuación obtenida en todos los grupos reflejaba un nivel de distorsión intermedio. También se encontraron diferencias significativas entre las personas con creencias religiosas y las que se consideraban ateas, presentando más pensamientos distorsionados las primeras. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre las personas con diferentes orientaciones políticas, ni dependiendo de si los participantes tenían o no pareja estable en el momento de contestar. Sin embargo, sí se encontraron dependiendo de que conocían de cerca algún caso de violencia de género, de manera que las personas que habían tenido esta experiencia mostraban menos pensamientos distorsionados. Algunos de estos resultados van en la línea de investigaciones anteriores, que mostraron que las creencias erróneas sobre diferentes aspectos del fenómeno de la violencia de género estaban menos presentes en las mujeres que en los hombres (Arnoso et al., 2017; Bisquert-Bover et al., 2019; Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2019; Martín-Fernández et al., 2018; Megías et al., 2018; Yamawaki et al., 2012) y se observaban más entre personas con creencias religiosas (Berkel et al., 2004; Jankowski, et al., 2018). Respecto a otro tipo de variables diferentes al sexo y la religión, los resultados disponibles no son concluyentes por ser escasos e incluso contradictorios. De esta forma, otros trabajos (Diéguez et al., 2020; Ferrer-Pérez et al., 2016; García-Díaz et al., 2020; González et al., 2011; Sprague et al., 2013) apuntan hacia la prevalencia de estos mitos, creencias erróneas y estereotipos independientemente del sexo, la edad, el nivel formativo o la cualificación profesional.

Finalmente, en relación al cuarto y último trabajo que compone esta tesis doctoral, Las Habilidades Emocionales y la Evaluación de la Salud en las

Intervenciones con Agresores de Violencia de Género: Revisión Sistemática de Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs), los resultados de esta revisión sistemática han permitido actualizar la información al respecto de los programas de intervención en este contexto y evaluar la efectividad de aquellos que incluían el aprendizaje de habilidades emocionales entre sus contenidos (objetivo principal 4). Además, se han podido analizar los métodos de evaluación empleados y observar si entre las estrategias de motivación hacia una mejor adhesión al tratamiento se han tenido en cuenta los posibles beneficios, relacionados con la salud y estado de bienestar de los agresores (como variables de resultado), obtenidos por su participación activa en la terapia (objetivo específico 4). Se incluyeron un total de quince ensayos en esta revisión sistemática para realizar un análisis cualitativo profundo de los aspectos mencionados en los objetivos señalados.

La primera constatación ha sido confirmar el interés por los programas de intervención para maltratadores que queda reflejado en la progresiva producción de estudios realizados en las últimas décadas, tal y como señalan otras revisiones en torno a este tema (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2018; Lilley-Walker et al., 2018; Wigham et al., 2022). En concreto, un tercio de los ensayos seleccionados en nuestro estudio se publicaron de 2020 en adelante. Además, como señalaban estudios de revisión previos (Arce et al., 2020; Arias et al., 2013; Babcock et al., 2004; Feder y Wilson, 2005; Nettet et al., 2019), los programas de intervención para agresores que han ofrecido mejores resultados y tamaños del efecto mayores son los que tienen un enfoque cognitivo-conductual (hipótesis 4a). Esta perspectiva considera la violencia como un comportamiento aprendido y causado por distorsiones cognitivas en relación a la pareja, y trata de inculcar a los maltratadores una conducta alternativa a la violenta, mediante el entrenamiento de ciertas habilidades que deriven en una conducta prosocial y un mejor bienestar psicológico. En

esta revisión sistemática trece de los quince ensayos seleccionados (86.67%) apostaron en sus propuestas de intervención por un enfoque cognitivo-conductual, aunque es habitual que incorporen el aprendizaje de habilidades emocionales como el reconocimiento y expresión de emociones, la autorregulación emocional, y la empatía.

En general, respecto a las hipótesis planteadas en este estudio, los resultados de esta revisión sistemática indicaron que más de la mitad (53.3%) de las intervenciones para perpetradores de violencia de género que incluían el aprendizaje de habilidades emocionales fueron significativamente más efectivas en la reducción de la reincidencia y en la mejora de variables asociadas con este tipo de violencia, que las intervenciones que no enfocaban la terapia en el desarrollo de estas competencias (Cavanaugh et al., 2011; Cotti et al., 2020; Easton et al., 2018; Fernández-Montalvo et al., 2019; Gilchrist et al., 2021; Hesser et al., 2017; Romero-Martínez et al., 2022; Zarling et al., 2015), confirmándose así la segunda de las hipótesis (hipótesis 4b).

Las destrezas emocionales que se incorporaron en los ECAs de esta revisión sistemática fueron variadas. La regulación emocional se incluyó en todos los estudios, aunque la mayoría de ellos centran la intervención emocional en la gestión de las emociones negativas y la ira disfuncional (Cotti et al., 2020; Easton et al., 2018; Fernández-Montalvo et al., 2019; Gilchrist et al., 2021; Hesser et al., 2017; Kraanen et al., 2013; Labriola et al., 2005; Nessel et al., 2020; Rosenfeld et al., 2019; Stover et al., 2019). En otros de los ensayos, se añaden a estos factores el aprendizaje y desarrollo de la Inteligencia emocional (Zarling et al., 2015), el análisis de los celos patológicos (Dunford, 2000; Fernández-Montalvo et al., 2019), y el abordaje de los estados de ánimo negativos (Easton et al., 2018) o los pensamientos rumiativos (Hesser et al., 2017). El intento de mejorar la empatía se incorpora en seis ensayos (Cavanaugh et al., 2011; Dunford, 2000; Fernández-Montalvo et al.,

2019; Gilchrist et al., 2021; Romero-Martínez et al., 2022; Zarling et al., 2022). Se confirma de esta forma la tercera de las hipótesis que planteaba que la regulación de las emociones (junto con la IE) y la empatía ocupaban un papel destacado en este tipo de propuestas de intervención (hipótesis 4c).

Por otro lado se constata que la evaluación de los resultados de la intervención sigue estando muy centrada en evaluar la reincidencia global (donde se dan resultados contradictorios si se comparan datos oficiales con datos provenientes de las propias víctimas) y, en menor medida o de forma combinada, en otras variables relacionadas con mejoras “autoinformadas” en algunas competencias de los agresores (e.g., habilidades cognitivas y emocionales, empatía, manejo de la ira, y habilidades en resolución de conflictos), confirmándose así lo que planteaba en parte la cuarta de las hipótesis (hipótesis 4d).

En cuanto a la reincidencia oficial (RO), tan solo uno de los cinco ensayos que la evaluaron (definida en todos ellos como nuevos cargos de VG) encontró evidencias que favorecían la intervención emocional con los agresores de violencia de género (Cotti et al., 2020). En otros dos ensayos justificaron la falta de diferencias significativas por haber desarrollado con el grupo control un programa riguroso y efectivo de manejo de la ira, con terapeutas altamente motivados, considerado superior a la intervención habitual (Rosenfeld et al., 2019), o debido a que la muestra se redujo considerablemente a causa de la pandemia del COVID-19 y la capacidad para detectar diferencias entre grupos fuera baja en algunos de los resultados de la justicia penal (para los cargos de violencia de género), a pesar de haber informado de mejoras significativas en el grupo de intervención (Zarling et al., 2022). Respecto a la reincidencia informada por las parejas o familiares de los maltratadores (RP), dos ensayos describieron tasas de éxito que favorecían la intervención emocional comparándola con la que obtenía la intervención

estándar o control. En uno de ellos, el porcentaje de éxito (ausencia total de cualquier episodio de VG) informado por los agresores del grupo de intervención y sus familiares fue del 60.7%, frente al 31.6% que obtuvo el grupo control (Fernández-Montalvo et al., 2019). En el otro ensayo, los participantes del grupo de intervención (perpetración) y sus parejas (victimización) obtuvieron mejores puntuaciones en las diferentes escalas utilizadas para medir conductas abusivas, conductas de control, patrones de comunicación y atribución de la responsabilidad de la violencia, entre otros factores (Gilchrist et al., 2021). En uno de los ensayos donde no encontraron diferencias significativas (ambos grupos reducían el riesgo estimado de la violencia), los autores explicaron que este resultado podría deberse al uso de una terapia activa en la condición de comparación, que compartía la regulación de emociones con el enfoque utilizado en el grupo de intervención (Nesset et al., 2020), y en otro ensayo la información de las víctimas, en contra de lo reflejado en la reincidencia oficial, indicaba que el grupo de intervención tuvo significativamente menos comportamientos violentos hacia ellas que el grupo control (Zarling et al., 2022). Conviene destacar aquí, que la medición de la reincidencia no está exenta de dificultad. La reincidencia oficial, a pesar de ser la forma más objetiva y habitual de medir la reincidencia (Babcock et al., 2004; López-Osorio et al., 2016), suele definirse de forma heterogénea o existir disparidad de criterio en lo que se considera como reincidencia (Santirso, Lila et al., 2020). Los informes aportados por las víctimas, suelen reflejar tasas mayores de reincidencia que la información reflejada en registros oficiales o auto-informes de los agresores de VG (Arce et al., 2020), aunque, como ocurre en uno de los ensayos analizados en esta revisión sistemática, pueden informar de diferencias significativas a favor de las propuestas de tratamiento que no señalan otras fuentes (Zarling et al., 2022). En ambos casos, los índices utilizados pueden no estar reflejando fielmente la

realidad, debido a que algunos delitos podrían quedar fuera de la jurisdicción penal, aplazarse, o nunca ser denunciados por las víctimas por diferentes razones (Arce et al., 2020; Babcock et al., 2004).

En relación a los datos obtenidos de las respuestas autoinformadas de los participantes, siete de los ensayos analizados (incluidos dos antes descritos; Fernández-Montalvo et al., 2019; Gilchrist et al., 2021) favorecieron las intervenciones emocionales (Cavanaugh et al., 2011; Easton et al., 2018; Hesser et al., 2017; Romero-Martínez et al., 2022; Zarling et al., 2015). En varios ensayos no se encontraron diferencias significativas (ambos grupos mejoraban), debido en parte a que, según los autores, los efectos de la intervención podrían demorarse y la evaluación post-tratamiento utilizada no permitía llegar a conclusiones firmes sobre la eficacia de los tratamientos comparados (Kraanen et al., 2013), o porque los participantes del grupo control habían completado más sesiones de tratamiento y por haber elegido una condición de comparación activa que dificultaba la observación de diferencias entre grupos en muestras pequeñas debido a la potencia limitada, a pesar de haber informado para el grupo de intervención una significativa reducción en problemas de regulación emocional (Stover et al., 2019).

En cualquier caso, a los motivos señalados por los autores para explicar la falta de diferencias significativas encontradas en algunos de los ECAs incluidos en esta revisión sistemática, es oportuno añadir que resultaba complicado discernir qué contenidos de las sesiones de tratamiento en ambos grupos estaban o no relacionados con el reconocimiento y gestión de las emociones. En unos casos porque no se explicaron de forma clara en los ensayos, y en otros porque los aspectos cognitivos-conductuales y educacionales podrían haber estado tratados poniendo el foco en su “conexión emocional” (destacando aspectos afectivos que se derivan de pensamientos y de la conducta). En dos de los ensayos analizados, esta posible

interferencia en los resultados resultaba evidente, por haber incluido la gestión de emociones negativas en el tratamiento del grupo control (Nesset et al., 2020; Rosenfeld et al., 2019). En general, atribuir las diferencias observadas únicamente al tratamiento que recibe el grupo de intervención resulta complicado. En esta revisión sistemática, la mayoría de los grupos de control recibieron un programa de tratamiento activo y en muchos casos heterogéneo si lo comparamos con el recibido por el grupo de intervención, en tres ensayos el grupo control no recibió ningún tratamiento y tan sólo en cinco ensayos se utilizaron grupos de control con el tratamiento habitual (Fernández-Montalvo et al., 2019; Gilchrist et al., 2021; Kraanen et al., 2013) o un tratamiento placebo en comparación con la intervención emocional (Romero-Martínez et al., 2022; Zarling et al., 2015), lo que invita a interpretar los resultados con cautela.

Por otro lado, en esta revisión sistemática se ha constatado que los beneficios personales que obtienen los participantes en la terapia y que están relacionados con su salud (física y mental) y estado de bienestar, no suelen ser evaluados como variables de resultado (tan sólo tres de los ensayos analizados lo hacen; 20%; Gilchrist et al., 2021; Hesser et al., 2017; Nesset et al., 2020) y se tienen muy poco en cuenta para mejorar estrategias motivacionales en las propuestas de intervención (ninguno de los ensayos lo hace). Estos resultados se encuentran en consonancia con la revisión realizada por Nesset et al, (2019), que confirmaba que la auto-evaluación de la salud física y mental, y la calidad de vida de los perpetradores de violencia de género apenas se abordaba cuando se investiga la eficacia de la terapia. Estos datos completarían la confirmación de la cuarta hipótesis (hipótesis 4d). En los ensayos mencionados, Gilchrist et al. (2021) señalaron mejoras en depresión y ansiedad tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, en el momento de finalizar tratamiento. Aunque el grupo de intervención obtuvo

10 puntos porcentuales menos que el grupo control, entre los participantes que puntuaron más alto en las escalas que medían ambas variables; y Hesser et al. (2017) describieron una significativa reducción en los síntomas de ansiedad y depresión para el grupo de intervención, al finalizar el tratamiento y que se mantenía en el seguimiento de 1 año; y Nasset et al., (2021) informaron de una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, y de una pequeña reducción, pero estadísticamente significativa, de las dificultades en la autorregulación emocional en ambos grupos, en el seguimiento de un año.

En general, respecto a la reducción de la tasa de abandonos y las dosis de intervención, las diferencias no fueron significativas, aunque en la mayoría de los ensayos analizados la adherencia al tratamiento fue alta. Por tanto, no podemos afirmar que las intervenciones que apostaban por la mejora de las competencias emocionales de los agresores de violencia de género obtuvieran, por sí mismas, mejores resultados en el aspecto motivacional del tratamiento. Como se planteaba en la última de las hipótesis de este estudio (hipótesis 4e), en un futuro la constatación de beneficios personales relacionados con la salud de los agresores, derivados de su participación en la terapia, podría facilitar el diseño de nuevas estrategias motivacionales dirigidas a mejorar la adhesión al tratamiento y reducir la habitual alta tasa de abandonos que presentan estos programas.

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta tesis doctoral incluye cuatro trabajos de investigación, desarrollados en dos fases, que han permitido alcanzar los objetivos planteados en cada uno de ellos. El objetivo global de la tesis tuvo, por tanto, un doble propósito, pero un mismo hilo conductor que vinculaba el análisis de algunos factores de riesgo asociados a la violencia de género con la determinación de mejorar las propuestas terapéuticas que se ofrecen a las víctimas y hacer más eficaces los programas de intervención dirigidos a los perpetradores de este tipo de violencia contra la mujer.

La construcción y validación de instrumentos de medida, en la primera fase de la investigación, ha permitido evaluar variables emocionales asociadas a la violencia de género desde una perspectiva novedosa. Es necesario señalar, que aunque estos nuevos instrumentos han sido validados en una muestra normal y podrían ser aplicados a la población en general (e.g., personas que han sido dañadas u ofendidas por la conducta de otros, aquellas que tienen dificultades para gestionar el contagio o sobrecarga emocional de su entorno, y los “observadores o espectadores” de los episodios de violencia de género), fueron ideados para poder analizar estas variables en víctimas, agresores, estudiantes y profesionales en ejercicio, entre otros colectivos, y para tratar de mejorar las propuesta de terapéuticas dirigidas los principales agentes implicados, las víctimas y los agresores.

La Escala de Disposición para Perdonar (EDP), creada íntegramente en español y con unas propiedades psicométricas adecuadas, permitirá paliar la escasez de instrumentos para medir la capacidad de perdonar que se encuentran disponibles en nuestra lengua, sensibles a los matices del idioma, cercanos a nuestra realidad cultural, y que no sean una mera traducción o

validación de otras escalas de origen anglosajón. La aplicación de la escala facilitará la detección de casos en los que la persona tiene dificultades para equilibrar su disposición a perdonar “a otros” y su disposición para perdonarse “a ella misma”, desequilibrio que le dificultará el poder “pasar página” y seguir con su vida. El ajuste de la terapia a estas dificultades individuales facilitará que la disposición a perdonar deje de ser un factor de vulnerabilidad para la persona y se convierta en un factor de protección.

La Escala de Manejo de Empatía (EME) supone una contribución importante para la investigación, puesto que su creación suple la inexistencia de instrumentos que permiten medir una amplia gama de comportamientos (relacionados con el proceso empático) que capturan la habilidad para manejar la empatía de manera adecuada. La aplicación de la escala facilitará el análisis de los inconvenientes que tienen las personas por tener una elevada capacidad para empatizar con los demás y no saber manejar la sobrecarga emocional que les produce su entorno. Es un instrumento particularmente conveniente para su uso en profesiones donde la empatía es una habilidad necesaria para asegurar interacciones positivas con pacientes o usuarios, incluso con fines de estudio de la capacitación para el ejercicio de la profesión. De la misma manera que la escala anterior, la implementación de la EME facilitará el diseño de una intervención ajustada a la persona y dirigida a restablecer el equilibrio entre sentir empatía y saber manejarla, para que ésta no quede afectada por el “contagio” y la sobrecarga emocional que le pueden generar los demás y las circunstancias que les rodean.

En los casos de violencia de género, ambas escalas permitirán evaluar si características individuales como la disposición a perdonar y el manejo de la empatía pueden suponer un factor de riesgo para las víctimas. El ajuste de las propuestas terapéuticas debería estar orientado a que la mujer se plantee soluciones alternativas a la reconciliación y desarrollar habilidades que le

permitan no quedar “contagiada” de las emociones de su agresor, poder coger distancia y tomar decisiones de manera objetiva desde un equilibrio emocional adecuado.

El Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Agresor de Violencia de Género (IPDAVG), vendría a complementar la medición de otros mitos y creencias erróneas que constituyen uno de los factores de riesgo para la ocurrencia, la aceptación y el sostenimiento de la violencia de género en la sociedad. Aunque su aplicación podría extenderse en diferentes contextos no clínicos, este instrumento facilitará, de forma específica, la detección precoz de sesgos cognitivos sobre los maltratadores en todos los agentes implicados en este fenómeno, y permitirá diseñar mejor las propuestas de prevención y adaptar los programas de intervención a las características individuales de los principales protagonistas de los episodios violentos (víctimas y agresores). De esta manera, estudiantes en formación y los profesionales implicados podrán corregir sus propias creencias erróneas y evitar que interfieran en el desempeño de sus funciones. Las víctimas tendrán la capacidad de identificar mejor a sus agresores, reconocer los aspectos que les caracterizan y de superar sus propias carencias para tomar decisiones adecuadas que les permitan salir de la situación de maltrato. Finalmente, la utilización del instrumento con los propios agresores, por un lado, permitirá analizar si ellos mismos tienen estos pensamientos distorsionados y, por otro, hacerles reflexionar sobre si son capaces de reconocerse o identificarse con las características evaluadas, confrontar su comportamiento con la imagen que tienen de ellos mismos y, en consecuencia, facilitar que puedan asumir su responsabilidad por lo sucedido y posibilitar un compromiso de cambio personal verdadero.

Finalmente, la revisión sistemática en relación a los programas de intervención dirigidos a los agresores de violencia de género, realizada en la

segunda fase de la investigación, ha permitido la obtención de una síntesis concisa, rigurosa y actualizada de estudios publicados en las últimas décadas que evidencia la efectividad de las propuestas de intervención que incorporan el aprendizaje de habilidades emocionales entre los contenidos de la terapia, y que describe las dificultades y carencias existentes en este ámbito. Así mismo, el resultado de este estudio evidencia la falta de ensayos que abordan la evaluación de la salud y estado de bienestar de los agresores de violencia de género cuando se investiga la efectividad de la terapia, y el poco uso que tienen los posibles beneficios de la misma (e.g., mediante un feedback continuado que conecte los progresos en la terapia con las mejoras en el estado de su salud mental) para intentar mejorar las estrategias motivacionales que faciliten la adhesión al tratamiento.

Al igual que otros autores, sostenemos la necesaria incorporación de enfoques innovadores en los programas dirigidos a maltratadores, con contenidos radicalmente distintos a los ya existentes (Karakurt et al., 2019; Wilson et al., 2021), y que las intervenciones podrían mejorarse añadiendo el aprendizaje de habilidades emocionales a los objetivos de la terapia (Shorey et al., 2015; Sygel et al., 2014).

Este trabajo de investigación no está exento de limitaciones. En relación con la construcción y validación de los instrumentos de medida la primera y más destacada tiene que ver con el número y homogeneidad de los participantes, y el muestreo intencional utilizado. El número de los participantes que estuvo cerca del mínimo recomendado para este tipo de estudios, la escasa heterogeneidad de personas (estudiantes y personas cercanas) y el hecho de haber empleado un método no probabilístico para la obtención de la muestra limita la posibilidad de generalizar los resultados. La segunda de las limitaciones tiene que ver con la validez externa. En algunos de los estudios, de cara a mejorar la validez, se podrían haber empleado

instrumentos que midiesen otras dimensiones de los constructos (e.g., perdón episódico o diádico), medidas más objetivas que no se basaran en autoinformes (e.g., tareas de reconocimiento facial o donde existe una evaluación exterior de la empatía), o instrumentos de creación más reciente para captar los cambios y nuevos matices de estos fenómenos cambiantes (e.g., micromachismos, neosexismos y neomitos). En tercer lugar, la aplicación de los instrumentos se podría haber extendido a otros colectivos o contextos clínicos (e.g., personas que acuden a terapia por no saber gestionar la sobrecarga emocional, estudiantes en formación, profesionales en ejercicio y víctimas de violencia de género). Finalmente, sería interesante obtener la validez test-retest para evaluar la estabilidad de los instrumentos a través de la experiencia. Futuras investigaciones deberían tener en cuenta todos estos sesgos metodológicos y tratar de contrarrestarlos de la forma más adecuada.

Por otro lado, respecto a la revisión sistemática realizada, aunque una de sus fortalezas sea haber utilizado sólo ensayos controlados aleatorizados (ECAs), quizás hayamos podido dejar fuera otros trabajos interesantes con menos rigor metodológico. Además, cuatro de los estudios incluidos en esta revisión son ensayos piloto o de viabilidad de diseños con más alcance y no en todos los ensayos analizados la relevancia del contenido emocional es alta o se expuso con claridad, lo que podría limitar el alcance de los resultados. También, el hecho de que casi la mitad de los ensayos utilicen únicamente medidas de auto-informe, conlleva tener en cuenta los riesgos de deseabilidad social, relacionados con la tendencia de los maltratadores a minimizar las conductas violentas, y haber obtenido así una medida distorsionada del éxito de la intervención (Babcock et al., 2004; Gibbons et al., 2011). Por otro lado, el uso en algunos ensayos de muestras mixtas de hombres y mujeres, haber incluido muestras de hombres condenados y de participantes voluntarios, y la heterogeneidad en diferentes aspectos de la

metodología (e.g., formato, duración, seguimiento, formación específica y experiencia de los terapeutas en el trabajo con perpetradores de IPV) puede haber añadido incertidumbre a la interpretación de los resultados. Aunque también es cierto que, tanto el no haber centrado el análisis en una muestra con una tipología concreta de agresores de violencia de género, como el haber incluido diferentes propuestas metodológicas, podría favorecer la generalización de los mismos.

A pesar de estas limitaciones, la aplicación de estos nuevos instrumentos, creados y validados en la primera fase de la investigación, permitirá detectar si las variables de riesgo individuales que están siendo analizadas pueden estar influyendo en situar a las personas en una posición de vulnerabilidad. Así mismo, estas nuevas herramientas ayudarán a enfocar las propuestas terapéuticas a las dificultades de estas personas para poder transformarlos en factores de protección. Por otro lado, la obtención de una revisión actualizada de los programas de intervención dirigidos a los agresores de violencia de género permitirá establecer una base teórica sólida que sustente la necesidad de incluir, de forma específica y con mayor relevancia, el aprendizaje de habilidades emocionales (relacionadas con la empatía y la gestión de emociones) en las propuestas terapéuticas en el futuro.

En conclusión, consideramos que los resultados obtenidos en los trabajos que conforman esta tesis doctoral suponen un importante grado de innovación en el ámbito de estudio de la violencia de género y podrían tener una gran influencia tanto desde una perspectiva básica (e.g., afinar la medición de variables de riesgo) como aplicada (e.g., mejorar la formación y sensibilidad de profesionales y definir terapias más ajustadas para las víctimas y agresores buscando la mayor efectividad posible en la intervención).

El diseño de futuras líneas de trabajo debería estar enfocado hacia la extensión de la aplicación de los nuevos instrumentos de medida en diferentes contextos y con diferentes muestras clínicas, asociadas a los principales agentes implicados en el fenómeno de la violencia de género.

Los factores de riesgo analizados, todos ellos relacionados con variables que podrían afectar al estado emocional de las personas, pueden ser entendidos como una predisposición natural o habilidad innata (inconsciente) para relacionarse con los demás, pero también que requiere de un esfuerzo (consciente) para su mejora, y por tanto, que sería susceptible de ser aprendida. Por este motivo, otra línea futura de estudio debería estar orientada a mejorar las propuestas de intervención dirigidas a estos agentes asociados a la violencia de género.

Por lo que respecta a la intervención con los agresores, el resultado principal de la revisión sistemática subraya la necesidad de seguir explorando nuevas variables y acredita que, aunque no existe una evidencia clara de la efectividad de ninguna propuesta de intervención por encima de otra, sí que hay elementos que funcionan (como es el aprendizaje de habilidades emocionales) y que podrían incrementar la efectividad de los programas dirigidos a los perpetradores de violencia de género. Futuras investigaciones, deberían definir de forma exhaustiva los contenidos que se trabajan en las propuestas de intervención, para poder evaluar y comparar mejor los efectos del tratamiento y podrían plantearse realizar un meta-análisis que permita analizar las propuestas de intervención emocional dirigidas a perpetradores de violencia de género, disgregando los resultados de muestras y enfoque metodológicos diferentes.

Sería interesante que otra línea de investigación profundizara en el análisis y desarrollo de algunos conceptos teóricos como el nuevo concepto de empatía que introducimos (Modelo Psiconeurobiológico de la Empatía), que pretende superar la concepción clásica de este constructo que va más allá de la comprensión a nivel cognitivo de los sentimientos de los demás, y que supone también la interiorización de estos sentimientos como si fueran propios. Los agresores podrían desarrollar y potenciar esta capacidad para entender mejor a las personas que les rodean y, en concreto, poder aplicarla de forma adecuada en el contexto de una relación de pareja.

Finalmente, en línea con la idea de explorar nuevas variables que permitan la mejora de la intervención, mantenemos que seguir evaluando la salud y estado de bienestar de los maltratadores como variables de resultado de la terapia nos permitirá utilizar esta información en varias direcciones: a) conocer el tipo de trastornos que con más frecuencia les afectan, b) saber si la aparición de estos trastornos ha coincidido con el deterioro de su relación de pareja, c) poder relacionar las mejoras en la gestión de emociones obtenidas en la terapia con las mejoras en la salud y, finalmente, d) utilizar el efecto positivo de la terapia como elemento motivacional para mejorar la adhesión al tratamiento y reducir las altas tasas de abandono que se producen en los programas de intervención. Futuras investigaciones deberían profundizar en el desarrollo de estos aspectos.

En este sentido, uno de los objetivos que nos marcamos a medio plazo es el de comparar la efectividad de una intervención específica que aborde el aprendizaje de los aspectos emocionales (no tanto cognitivos) de la empatía y la inteligencia emocional, y utilice los posibles beneficios en el estado de salud y bienestar de los agresores como elemento motivador hacia la adhesión a la terapia, frente a la propuesta del Programa de Intervención para Agresores (PRIA) implantado en la mayoría de los centros penitenciarios de la

Administración General del Estado (todas las comunidades autónomas excepto Cataluña y País Vasco). Como avance de esta línea de investigación, se expone una de las posibles sesiones del programa de intervención emocional para agresores que llevamos perfilando en los últimos años:

[La unidad de Empatía e Inteligencia Emocional será elaborada con el mismo formato y estilo del PRIA (Breve explicación teórica de la habilidad a desarrollar – ejercicio a realizar en la sesión – tarea para realizar entre sesiones y que se pondrá en común en el inicio de la siguiente). A modo de ejemplo se detallan de forma breve los contenidos de la sesión 3 (Puesta en común: los participantes han elegido un episodio de la relación con su pareja y tienen que describir el estado emocional de ambos y si fueron atendidas las necesidades de ella. Ejercicio: para demostrar la influencia de nuestro estado emocional en el pensamiento-conducta, se divide al grupo en función del resultado de su “termómetro emocional” para organizar una fiesta sorpresa a un amigo. Tarea entre sesiones: se plantea que imaginen lo que hubiera pasado, en el episodio de la convivencia elegido antes, si su estado emocional hubiese sido más positivo). El número de sesiones dedicadas a esta unidad se estima en un número de 8 a 10 sesiones, de 2 horas y media, con una periodicidad semanal. Finalizado el proceso de evaluación, a los integrantes del grupo control se les ofrecerá la posibilidad de hacerles llegar un manual con los contenidos trabajados en la Unidad E-IE].

V. REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22. Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Adams, D. (1988). Treatment models of men who batter: A profeminist analysis. In K. Yllö & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 176–199). Sage Publications, Inc.
- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA; 2014). *Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones*. Viena, Austria: FRA. Recuperado de https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia Emocional y Desgaste por Empatía en Terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(1), 43-56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843006.pdf>
- Allemand, M. (2008). Age differences in forgivingness: The role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 42 (5), 1137-1147. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.009>
- Allemand, M., Amberg, I., Zimprich, D. y Fincham, F. D. (2007). The role of trait forgiveness and relationship satisfaction in episodic forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 199–217. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.2.199>

- Allemand, M., Steiger, A. E., y Fend, H. A. (2015). Empathy development in adolescence predicts social competencies in adulthood. *Journal of Personality*, 83(2), 229-241. <https://doi.org/10.1111/jopy.12098>
- Amor, P. J., Echeburúa, E. y Loinaz, I (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519-539.
- Aranda, M., García-Domingo, M., Montes-Berges, B. y Fuentes, V. (2022). Variables Contributing to the Awareness of Online Gendered Violence: Focus on Observers. *Social Media + Society*, 8(4). <https://doi.org/10.1177/20563051221141857>
- Aranda, M., Montes-Berges, B. y Mora-Pelegrín, M. (2017). El perdón en violencia de género y sus efectos en la salud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 205-214. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1122>
- Aranda, M., Montilla-Jiménez, G. y Montes-Berges, B. (2011). Escala de personalidad émpata (EPE). En B. Montes-Berges (Ed.), *Émpatas. La capacidad de sentir como la otra persona. ¿Por qué hay personas que no pueden ver el telediario?*, (pp. 143-163). Granada: Ruiz de Aloza.
- Aranda, J., Palacios, A. y Villalba, A. (2014). Construcción y validación de la Escala de Perdón (VAPPER 490). *Revista Apuntes Universitarios*, 6(1), 87-100. <https://doi.org/10.17162/au.v6i1.227>
- Arce, R., Arias, E., Novo, M. y Fariña, F. (2020). Are interventions with batterer effective? A meta-analytical review. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 153-164. <http://doi.org/10.5093/pi2020a11>

- Arce, R., Novo, M., Fariña, F. y Vázquez, M. J. (2009). *Inteligencia Emocional: intervención reeducativa en violencia de género*. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Málaga.
- Arias, E. (2018). *Evaluación de la eficacia de la intervención re-educativa con agresores de género* (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, España. <http://hdl.handle.net/10347/18663>
- Arias, E., Arce, R. y Vilariño, M. (2013). Batterer intervention programmes: A meta-analytic review of effectiveness. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 153-160. <https://doi.org/10.5093/in2013a18>
- Arias Gallegos, W., Huamani Cahua, J. C. y Álvarez Salinas, L. R. (2023). Análisis Psicométrico de la Escala del Perdón en las Relaciones de Pareja en Mujeres de la Ciudad de Arequipa. *Psicodebate*, 23(1), 7-22. <https://doi.org/10.18682/pd.v23i1.5376>
- Arias Gallegos, W. L. y Velásquez Ramos, D. (2022). Análisis psicométrico de la escala de capacidad de perdón en Arequipa. *Avances en Psicología*, 30(2), p. e2647. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2022.v30n2.2647>
- Arnosó, A., Ibabe, I., Arnoso, M. y Elgorriaga, E. (2017). El sexismo como predictor de la violencia de pareja en un contexto multicultural. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.001>
- Asamblea General de Naciones Unidas, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, A/RES/48/104, ONU: Asamblea General, 20 Diciembre 1993, <https://www.refworld.org/es/leg/resolution/unga/1993/es/10685>
[Página consultada el 30 Mayo de 2024]

- Augusto-Landa, J. M., Montes-Berges, B. y Aguilar-Luzón, M. C. (2009). Inteligencia Emocional y Salud: Estudios en el ámbito de la enfermería. En J. M. Augusto-Landa (Dir. y Coord.), *Estudios en el ámbito de la inteligencia emocional* (pp. 107-118). Jaén: Universidad de Jaén.
- Auné, S., Abal, F. y Attorresi, H. (2015). Antagonismos entre concepciones de empatía y su relación con la conducta prosocial. *Revista de Psicología*, 17(2), 137-149. <https://doi.org/10.18050/revpsi.v17n2a7.2015>
- Babcock, J. C., Green, C. E. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Bachman, G. F. y Guerrero, L. K. (2006). Forgiveness, Apology, and Communicative Responses to Hurtful Events. *Communication Reports*, 19(1-2), 45–56. <https://doi.org/10.1080/08934210600586357>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of de factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bailey, P. E., Brady, B., Ebner, N. C. y Ruffman, T. (2020). Effects of Age on Emotion Regulation, Emotional Empathy, and Prosocial Behavior. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(4), 802–810. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby084>
- Barcaccia, B., Pallini, S., Baiocco, R., Salvati, M., Salianni, A. M. y Schneider, B. H. (2018). Forgiveness and friendship protect adolescent victims of bullying from emotional maladjustment. *Psicothema*, 30(4), 427-433. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.11>

- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Beltrán-Morillas, A. M., Valor-Segura, I. y Expósito, F. (2017). El papel de la distancia social en el perdón de la violencia psicológica: malestar personal y coacción como respuesta de afrontamiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 291-299. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.940>
- Beltrán-Morillas, A. M., Valor-Segura, I. y Expósito, F. (2015). El perdón ante transgresiones en las relaciones interpersonales. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.05.001>
- Berkel, L. A., Vandiver, B. J. y Bahner, A. D. (2004). Gender Role Attitudes, Religion, and Spirituality as Predictors of Domestic Violence Attitudes in White College Students. *Journal of College Student Development*, 45(2), 119–133. <https://doi.org/10.1353/csd.2004.0019>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., O'Connor, L. E., Parrott, L. III, y Wade, N. G. (2005). Forgiveness, Vengeful Rumination, and Affective Traits. *Journal of Personality*, 73(1), 183–225. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00308.x>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Parrot, L., O'Connor, L. E. y Wade, N. G. (2001). Dispositional forgiveness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290. <http://dx.doi.org/10.1177/01461672012710004>
- Bisquert-Bover, M., Giménez-García, C., Gil-Julià, B., Martínez-Gómez, N. y Gil-Llario, M. D. (2019). Mitos del amor romántico y autoestima en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational*

Psychology, 5(1), 507-518.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1633>

Boira, S. (2010). *Hombres Maltratadores. Historias de violencia masculina*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Boira, S., Carbajosa, P. y Lila, M. (2014). Main challenges in group treatment for men convicted of a crime of gender violence. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 3–15. <https://doi.org/10.5093/cc2014a1>

Boira, S., Carbajosa, P. y Marcuello, Ch. (2013a). La violencia en la pareja desde tres perspectivas: víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*, 22, 125-133. <https://dx.doi.org/10.5093/in2013a15>

Boira, S., López, Y., Tomás-Aragonés, L., y Gaspar, A. R. (2013b). Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(1), 19–28. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130631>

Bonilla-Algovia, E. y Rivas-Rivero, E. (2018). Mitos del amor romántico en una muestra de futuros y futuras docentes. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 5(2), 113-117. <https://doi.org/10.17979/reipe.2018.5.2.3624>

Bonilla-Algovia, E. y Rivas-Rivero, E. (2019). Creencias distorsionadas sobre la violencia contra las mujeres en docentes en formación de Colombia. *Revista Colombiana de Educación*, 77, 87-106. <https://doi.org/10.17227/rce.num77-9571>

Bono, G. (2005). Commonplace forgiveness: From healthy relationships to healthy society. *Humboldt Journal of Social Relations*, 29(2), 82–110.

- Bora, E y Baysan, L. (2009). Psychometric features of Turkish version of Empathy Quotient in university students. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 39-47.
- Bosch, E., Ferrer, M. V., García, M. E., Ramis, M. C., Mas, M. C., Navarro, C. y Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Madrid: Instituto de la Mujer.
<https://www.researchgate.net/publication/39712224>
- Bosch-Fiol, E. y Ferrer-Pérez, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554.
- Bowen, E. (2011). *The rehabilitation of partner-violent men*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Boyatzis, R. E. (2005). Developing leadership through emotional intelligence. En C.L. Cooper y G.A. Stamatios (eds.), *Research companion to organizational health psychology*, (pp. 656-669). Northampton: Edward Elgar Publishing.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, R. P. y Phillips, A. (2005). Letting bygones be bygones: Further evidence for the validity of the Tendency to Forgive Scale. *Personality and Individual Differences*, 38, 627-638.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.017>
- Burnette, J. L., Davis, D. E., Green, J. D., Worthington, E. L., Jr., y Bradfield, E. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 46(3), 276–280. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.10.016>

- Cáceres, A. y Cáceres, J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *Intenational Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 271-284.
- Candela Agulló, C., Barberá Heredia, E., Ramos López, A. y Sarrió Catalá, M. (2002). Inteligencia emocional y la variable género. *Revista Electrónica de Emoción y Motivación R.E.M.E.* 5(10), 167-182.
- Cannon, C., Hamel, J., Buttell, F. y Ferreira, R. J. (2016). A survey of domestic violence perpetrator programs in the United States and Canada: Findings and implications for policy and intervention. *Partner Abuse*, 7(3), 226–276. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.7.3.226>
- Cantillo-Cordero, P. y Moreno-Manso, J. M. (2020). Competencias emocionales de condenados en prisión por delitos de violencia de género. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 28(3), 499-515.
- Cañero Pérez M., Mónaco Gerónimo E. y Montoya Castilla I. (2019). La inteligencia emocional y la empatía como factores predictores del bienestar subjetivo en estudiantes universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 19-29. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i1.313>
- Caro, C. y Monreal, M. C. (2017). Creencias del amor romántico y violencia de género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 47-56. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.917>
- Casullo, M. M. y Fernández-Liporacce, M. (2005). Evaluación de la capacidad de perdonar. Desarrollo y validación de una escala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 52(1), 14-20.

- Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L. y Gelles, R. J. (2011). The dialectical psychoeducational workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 7, 275–291.
<https://doi.org/10.1007/s11292-011-9126-8>
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., Arias-Gallegos, W. L., Azabache-Alvarado, K., Rodríguez, L. M. y Moreno, J. E. (2018). Escala de probabilidad de perdón: Evidencias iniciales de validez y confiabilidad en el contexto peruano. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 12-21.
<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v10.n3.19730>
- Cheadle, A. C., y Toussaint, L. L. (2015). Forgiveness and physical health in healthy populations. In: L. Toussaint, E. Worthington & D. Williams (Eds), *Forgiveness and health: Scientific evidence and theories relating forgiveness to better health* (pp. 91-106). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-94017-9993-5_7
- Cheng, S-T. y Yim, Y-K (2008). Age differences in forgiveness: The role of future time perspective. *Psychology and Aging*, 23(3), 67-680.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.3.676>
- Chovanec, M. G. (2020). Transforming into men who matter: Increasing empathy in domestic abuse treatment. *Australian Social Work*, 73(3), 296-308. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1680716>
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M. y Ferrari, P. F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 46(4), 604-627.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>

Clift, R. J. (2001). *An exploratory study of stalking behaviors and intimate abuse perpetration in young adult women* (Doctoral dissertation, University of British Columbia). Retrieved from <https://open.library.ubc.ca/collections/ubctheses/831/items/1.00899>
77

Corral-Martínez, M y Gómez-Cuevas, A. M. (2021). Inteligencia emocional, empatía y comportamiento disruptivo: estudio piloto en un aula de primaria. *Informació Psicológica*, 121, 118-128.
<https://doi.org/10.14635/IPSIC.2021.121.5>

Corsi, J. (1991). *Aspectos psicosociales y asistenciales del hombre golpeador*. Asamblea Permanente de los Derechos Humanos. Buenos Aires.

Corsi, J., Dohmen, M. L., Sotes, M. A. y Bonino, L. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.

Cortés S. F., Barragán V.C. y Vázquez C. M. L. (2000). *Perfil de inteligencia emocional. Manual de Aplicación*. México DF: Instituto de la Familia A. C.

Cotti, C., Foster, J., Haley, M. R. y Rawski, S. L. (2020). Duluth versus cognitive behavioral therapy: A natural field experiment on intimate partner violence diversion programs. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 26(2), 384–395. <https://doi.org/10.1037/xap0000249>

Crane, C. A. y Eckhardt, C. I. (2013). Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 180–187.
<https://doi.org/10.1037/a0032178>

- Currie, D. (1985). Modelo de grupo para hombres maltratadores. En Sinclair, D. *Understanding Wife Assault*. Toronto.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 2-19.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M.H. y Franzoi, S. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality*, 25, 70-87. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(91\)90006-C](https://doi.org/10.1016/0092-6566(91)90006-C)
- De Waal, F. B. M. y Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(8), 498–509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>
- Decety J. (2020). Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *The American journal of medicine*, 133(5), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG; 2023). Ficha estadística de víctimas mortales por violencia de género. Año 2023. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/VMujeres_2023_act_11_04_2024.pdf
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG; 2024). La violencia contra la mujer. Definición. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/definicion/> [página consultada el 31-05-2024]

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (DGVG; 2012). La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesinvestigacion/educativo/estudios/juventuduniversitaria/>

Delegación del Gobierno para la violencia de género (DGVG; 2015a). La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y Propuestas. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/estudios/investigaciones/atencion-primaria-vg/>

Delegación del Gobierno para la Violencia de género (DGVG; 2015b). Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/estudios/investigaciones/percepcion2015/>

Delgado N., Bonache H., Betancort M., Morera Y. y Harris L. T. Understanding the Links between Inferring Mental States, Empathy, and Burnout in Medical Contexts. *Healthcare*, 9(2), 158. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020158>

Díaz-Aguado, M. J. y Carvajal, M. I. (Dirs.) (2011). *Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia y la Juventud*. Colección contra la violencia de género. Documentos 8. Madrid: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

Diéguez, R., Martínez-Silva, I. M., Medrano, M. y Rodríguez-Calvo, M. S. (2020). Creencias y actitudes del alumnado universitario hacia la violencia de género. *Educación Médica*, 21(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.017>

- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dohmen, M. L. (1995). Perfil del hombre golpeador. En J. Corsi (Coord.), *Violencia masculina en la pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 43-130). Buenos Aires: Paidós.
- Domínguez, M., Vázquez-Portomeñe, F. y Rodríguez-Calvo, M. S. (2015). Violencia de género: un estudio de los expedientes de la Fiscalía de Área de Santiago de Compostela. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 16, 1-24. <https://doi.org/10.46381/reic.v16i0.146>
- 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), 468–476. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.468>
- Dutton, D. G. (1995a). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver, BC: UBC Press.
- Dutton D. G. (1995b). A scale for measuring propensity for abusiveness. *Journal of family violence*, 10(2), 203–221. <https://doi.org/10.1007/BF02110600>
- Dutton, D. G. (1997). *El golpeador*. Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, D. G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. The Guilford Press.
- Dutton, D. G., Landolt, M. A., Starzomski, A. y Bodnarchuk, M. (2001). Validation of the Propensity for Abusiveness Scale in diverse male populations. *Journal of Family Violence*, 16, 59-73.

- Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 13(2), 127-133. <https://doi.org/10.1037/h0061728>
- Easton, C. J., Crane, C. y Mandel, D. (2018). A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *Journal of Marriage Family Therapy*, 44, 483–498. <https://doi:10.1111/jmft.12260>
- Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 117-121. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(10\)70040-7](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(10)70040-7)
- Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2016). Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico? *Terapia psicológica*, 34(1), 31-40. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000100004>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Holgado-Tello, F. P. (2016). Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y Uso de la Violencia – Revisado (IPDMUV-R): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología*, 32(3), 837-846. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.231901>
- Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Instituto Vasco de la Mujer.

- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa, y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 70-175). Madrid, Spain: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Encuesta Europea de Violencia de Género (EEVG: 2022). *Resumen ejecutivo. Encuesta europea de violencia de género 2022*. EUROSTAT – DGVG/INE. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Res_ejecutivo.pdf
- Enright, R., Rique, J., Lustosa, R., Song, J. Y., Komoski, M. C., Batool, I., Bolt, D., Sung, H., Huang, S. T. T., Park, Y., Leer-Salvesen, P. E., Andrade, T., Naeem, A., Viray, J. y Costuna, E. (2021). Validating the Enright Forgiveness Inventory–30 (EFI-30): International studies. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(2), 113–123. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000649>
- Ettxebarria, I., Ortiz, M. J., Conejero, S. y Pascual, A. (2009). Intensity of habitual guilt in men and women: Differences in interpersonal sensitivity and the tendency towards anxious-aggressive guilt. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 540-554.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169.
- Expósito-Álvarez, C., Lila, M., Gracia, E. y Martín-Fernández, M. (2021). Risk factors and treatment needs of batterer intervention program participants with substance abuse problems. *The European Journal of*

Psychology Applied to Legal Context, 13(2), 87–97.
<https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a9>

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Report*, 91, 47-59.
<https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.47>

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). Emotional intelligence, quality of interpersonal relationships and empathy in university students. *Clinic and Health*, 15(2), 117-137.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.

Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G., y Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: a magnetic stimulation study. *Journal of neurophysiology*, 73(6), 2608–2611.
<https://doi.org/10.1152/jn.1995.73.6.2608>

Fahimdanesh, F., Noferesti, A. y Tavakol, K. (2020). Self-compassion and forgiveness: Major predictors of marital satisfaction in young couples. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 221-234.
<https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1708832>

Fanlk, M. (1977). Men who assault their wives. En Roy, M. (Ed.), *Battered Women: A Psychosocial Study of Domestic Violence*, (pp. 119-126). Nueva York: VanNostrand Reinhold.

Fariña, F., Arce, R., Novo, M. y Vázquez, M. J. (2009). Estudio de la inteligencia emocional en penados por violencia de género. In P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J.M. Salguero, & R.

Cabello (Coords.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 503–507). Santander: Fundación Marcelino Botín.

Fariña, F., Novo, M., Rique, J., Lustosa, R., & Enright, R. D. (2023). Forgiveness Inventory (EFI-30): Propiedades psicométricas de la adaptación española [Enright Forgiveness Inventory (EFI-30): Psychometric properties of the Spanish Adaptation]. *Acción Psicológica*, 20(2), 1–18. <https://doi.org/10.5944/ap.20.2.39142>.

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, 239–262. <https://doi.org/10.1007/s11292-005-1179-0>

Fenton, R. y Jones, C. (2017). An exploratory study on the beliefs about gender-based violence held by incoming undergraduates in England. *Journal of Gender-Based Violence*, 1(2), 147-167. <https://doi.org/10.1332/239868017X15090095609822>

Fernández, A. y Barraca, J. (2005). Inteligencia emocional, empatía y competencia social. Una investigación empírica con estudiantes de bachillerato. En J. Romay Martínez y R. García (Eds.), *Psicología Social y problemas sociales. Psicología Ambiental, Comunitaria y de la Educación*, 5, 335-342. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fernández-Abascal, E. G. y Martín-Díaz, M. D. (2019). Relations between Dimensions of Emotional Intelligence, Specific Aspects of Empathy, and Non-verbal Sensitivity. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01066>

Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (2002). *Corazones inteligentes*. Barcelona: Kairós.

- Fernández-Capo, M., Recoder, S., Gómez-Benito, J., Gámiz, M., GualGarcía, P., Díez, P., y Worthington Jr., E. (2017). Exploring the dimensionality and the psychometric properties of the TRIM-18 in the Spanish context. *Annals of Psychology*, 33(3), 548-555. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.264461>
- Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A. y López-Goñi, J. J. (2019). Treatment effectiveness of intimate partner violence perpetration among patients in a drug addiction program. *Psychology of Violence*, 9(2), 156–166. <https://doi.org/10.1037/vio0000184>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, E., Torres, G., y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Ferrer-Pérez, V. A. y Boch-Fiol, E. (2018). Batterer intervention programs in Spain: An analysis of their effectiveness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(4), 885–897. <https://doi.org/10.1177/0306624X16672455>
- Ferrer-Pérez, V. A., Ferreiro-Basurto, V., Navarro-Guzmán, C. y Bosch-Fiol, E. (2016). Programas de intervención con maltratadores en España: la perspectiva de los/as profesionales. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 159–168. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.001>
- Ferrer-Pérez, V. A., López-Prats, L., Navarro-Guzmán, C. y Bosch-Fiol, E. (2016). La vigencia de los mitos sobre la violencia contra las mujeres en la pareja. *INFORMACIÓ PSICOLÓGICA*, (111), 2–17. <https://doi.org/10.14635/IPSiC.2016.111.1>

- Filippetti, V., López, M. A., Richaud, M. C. (2012). Aproximación Neuropsicológica al Constructo de Empatía: Aspectos Cognitivos y Neuroanatómicos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 6(1), 63–83. <https://doi.org/10.7714/cnps/6.1.204>
- Fincham, F. D. y Beach, S. R. (2002). Forgiveness in marriage: Implications for psychological aggression and constructive communication. *Personal Relationships*, 9, 239-251. <https://doi.org/10.1111/14756811.00016>
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H. y Davila, J. (2007). Longitudinal relations between forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*, 21, 542–545. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.542>.
- Fincham, F. D., Jackson, H. y Beach, S. R. (2005). Transgression severity and forgiveness: Different moderators for objective and subjective severity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 860-875. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.860>
- Fincham, F. D., May, R. W. y Sanchez-Gonzalez, M. A. (2015). Forgiveness and cardiovascular functioning in married couples. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(1), 39-48. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cfp0000038>
- Fox, C. L., Hale, R., y Gadd, D. (2014). Domestic abuse prevention education: Listening to the views of young people. *Sex Education*, 14(1), 28-41. <http://dx.doi.org/10.14635/IPSIC.2016.111.1>
- Gallese V. (2003). The manifold nature of interpersonal relations: the quest for a common mechanism. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 358(1431), 517–528. <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1234>

- Gallo-Giunzioni, K., Prieto-Ursúa, M., Fernández-Belinchón, C. y Luque-Reca, O. (2021). Measuring Forgiveness: Psychometric Properties of the Heartland Forgiveness Scale in the Spanish Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 45. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010045>
- Garaigordobil Landazabal, M., y Martínez Valderrey, V. (2014). Efecto del Cyberprogram 2.0 sobre la reducción de la victimización y la mejora de la competencia social en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 19(2), 289-305. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10239>
- García-Campaña, A., Hidalgo-Lacalle, M., López-León, M. C. y Román-Almendros, M. R. (2018). Los micromachismos en los adolescentes. Su asociación con las relaciones de pareja y el modelo de maternidad y paternidad. *Cultura de los Cuidados*, 22(51). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.51.16>
- García-Cueto, E., Rodríguez-Díaz, F. J., Bringas-Molleda, C., López-Cepero, J., Paíno-Quesada, S. y Rodríguez-Franco, L. (2015). Development of the Gender Role Attitudes Scale (GRAS) amongst young Spanish people. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.004>
- García-Díaz, V., Fernández-Feito, A., Bringas-Molleda, C., Rodríguez-Díaz, F. J. y Lana, A. (2020). Tolerance of intimate partner violence and sexist attitudes among health sciences students from three Spanish universities. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.003>

- Garzón, M. A. y Barahona, M. N. (2018). Diferencias personales en el perdón en universitarios españoles en función del sexo. *CAURIENSIA*, 23, 175-192. <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.175>
- Gerger, H., Kley, H., Bohner, G. y Siebler, F. (2007). The Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression (AMMSA) scale: Development and validation in German and English. *Aggressive Behavior*, 33, 422-440.
- Gibbons, P., Collins, M. y Reid, C. (2011). How useful are indices of personality pathology when assessing domestic violence perpetrators? *Psychological Assessment*, 23(1), 164–173. <https://doi.org/10.1037/a0021289>
- Gilar, R., Miñano, P. y Castejón, J. L. (2008). Inteligencia emocional y empatía: su influencia en la competencia social en Educación Secundaria Obligatoria. *SUMMA Psicológica UST*, 5(1), 21-32.
- Gilchrist, G., Potts, L., Radcliffe, P., Halliwell, G., Dheensa, S., Henderson, J., Johnson, A., Love, B., Gilchrist, E., Feder, G., Parrott, S., Li, J., McMurran, M., Kirkpatrick, S., Stephens-Lewis, D., Easton, C., Barbary, C. y Landau, S. (2021). ADVANCE integrated group intervention to address both substance use and intimate partner abuse perpetration by men in substance use treatment: a feasibility randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 21(1), 980. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11012-3>
- Gismero-González, E., Jódar, R., Martínez-Díaz, P., Carrasco, M. J., Cagigal, V., y Prieto-Ursúa, M. (2019). Interpersonal offenses and psychological well-being: The mediating role of forgiveness. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 75-94. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-00070-x>

- Glick, P. y Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Goldman, S. L., Kraemer, D. T. y Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 155-128
- Goleman, D. (2005). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Knopf Publishing Group.
- González, I., Serrano, A., García, N., Giménez, M. del C., Moreno, B., González, A. B., Montoya, J., Téllez, J. M. y Escobar, F. (2011). Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 43(9), 459–464.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.07.007>
- Gordon, K. C., Hughes, F. M., Tomcik, N. D., Dixon, L. J. y Litzinger, S. C. (2009). Widening spheres of impact: The role of forgiveness in marital and family functioning. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1037/a0014354>
- Gorostiaga, A., Balluerka, N. y Soroa, G. (2014). Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional. *Revista de Educación*, 364, 12-38. <https://doi.org/10.4438/1988-592x-re-2014-364-253>
- Gottman, J., Jacobson, N., Rushe, R., Shortt, J., Babcock, J., La Taillade, J. y Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227-248.

- Gracia, E. y Merlo J. (2016). Intimate partner violence against women and the Nordic paradox. *Social Science & Medicine*, 157, 27-30.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.040>
- Gracia, E., Martín-Fernández, M., Lila, M., Merlo, J. y Ivert, A. K. (2019). Prevalence of intimate partner violence against women in Sweden and Spain: A psychometric study of the “Nordic paradox”. *Plos One*, 14(5), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217015>
- Gracia-Leiva, M., Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., y Páez-Rovira, D. (2019). La violencia en el noviazgo (VN): una revisión de meta-análisis. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 300–313.
<https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.333101>
- Graña, J., Redondo, N., Muñoz-Rivas, M. y Cuenca, M. (2017). Short-term treatment response, attrition and recidivism in partner violent men typology compared with a control group. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 465-482.
- Griffin, B. J., Worthington, E. L., Lavelock, C. R., Wade, N. G., y Hoyt, W. T. (2015). Forgiveness and mental health. In L. Toussaint, E. Worthington y D. Williams (Eds.), *Forgiveness and Health* (pp. 77-90). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-94-017-9993-5_6
- Guerrero-Molina, M., Moreno-Manso, J. M., Guerrero-Barona, E., y Cruz-Márquez, B. (2017). Attributing responsibility, sexist attitudes, perceived social support, and selfesteem in aggressors convicted for gender-based violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–24.
<https://doi.org/10.1177/0886260517715025>
- Guzmán, M. (2010). El Perdón en Relaciones Cercanas: Conceptualización desde una Perspectiva Psicológica e Implicancias para la Práctica Clínica.

Psyke, 19(1), 19-30. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000100002>

Guzmán, M., Tapia, M. J., Tejada, M. y Valenzuela, K. (2014). Evaluación del perdón en relaciones de pareja: propiedades psicométricas del Transgressions-Related Interpersonal Motivations Inventory (TRIM-18) en un contexto chileno. *Psyke*, 23(2), 1-12. <http://dx.doi.org/10.7764/psyke.23.2.623>

Guzmán-González, M., Calderón, C., Alfaro, K., Phunhon, K. y Toro, K. (2021). Estructura Factorial e Invarianza Métrica de la Versión Chilena de la Heartland Forgiveness Scale (HFS). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 61(4), 117-130. <https://doi.org/10.21865/RIDEP61.4.08>

Hall, J. H. y Fincham, F. D. (2005). Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 621–637. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.5.621>

Hall, J. H. y Fincham, F. D. (2006). Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(5), 508-522. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/jscp.2006.25.5.508>

Hall, J. A. y Schwartz, R. (2019). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225–243. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>

Hargrave, T. D. y Sells, J. N. (1997). The development of a forgiveness scale. *Journal of Marital y Family Therapy*, 23, 41-62. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1997.tb00230.x>

- Haroon, Z., Iftikhar, R., Kim, J. J., Volk, F., y Enright, R. D. (2021). A randomized controlled trial of a forgiveness intervention program with female acid attack survivors in Pakistan. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 917-928. <https://doi.org/10.1002/cpp.2545>
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. <https://doi:10.1177/1077801298004003002>
- Henning, K. y Connor-Smith, J. (2011). Why doesn't he leave? Relationship continuity and satisfaction among male domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(7), 1366-1387. <https://doi.org/10.1177%2F0886260510369132>
- Herrero, J., Rodríguez, F. J. y Torres, A. (2017). Acceptability of Partner Violence in 51 Societies: The Role of Sexism and Attitudes Toward Violence in Social Relationships. *Violence Against Women*, 23(3), 351-367. <https://doi.org/10.1177%2F1077801216642870>
- Hesser, H., Axelsson, S., Bäcke, V., Engstrand, J., Gustafsson, T., Holmgren, E., Jeppsson, U., Pollack, M., Nordén, K., Rosenqvist, D. y Andersson, G. (2017). Preventing intimate partner violence via the Internet: A randomized controlled trial of emotion-regulation and conflict-management training for individuals with aggression problems. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(5), 1163–1177. <https://doi.org/10.1002/cpp.2082>
- Ho, M. Y., Worthington, E. L., Cowden, R. G., Ortega, A., Chen, Z. J., Yuliandari, E., Khalanskyi, V. V., Korzhov, H., Made, N., Rodriguez, N., Salnykova, A. A., Shtanko, L., Tymchenko, S., Voytenko, V. L., Zulkaida, A., Mathur, M.B., & VanderWeele, T. J., (2024). International REACH forgiveness

- intervention: a multisite randomised controlled trial. *BMJ Public Health*, 2. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000072>
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307–316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M. y Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American journal of psychiatry*, 159(9), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Holtzworth-Munroe, A. y Meehan, J. (2004). Typologies of Men Who are Maritally Violent: Scientific and Clinical Implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1369-1389.
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476- 497.
- Hong, H. y Han, A. (2020). A systematic review on empathy measurement tools for care professionals. *Educational Gerontology*, 46(2), 72–83. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1712058>
- Huertas, L. M. (2020). Perfil sociodemográfico y delictivo en maltratadores encarcelados en gran canaria por violencia de género en el entorno familiar. *Revista Clepsydra*, 19, 157-183. <https://doi.org/10.25145/j.clepsydra.2020.19.08>
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J. C. y Rizzolatti, G. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biology*, 3, 529-535. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0030079>

- Jaffe, A. E., Simonet, D. V., Tett, R. P., Swopes, R. M. y Davis, J. L. (2015). Multidimensional trait emotional intelligence and aggressive tendencies in male offenders of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 30, 769–781. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9729-3>
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., Cornell, M. W., Bissonette, C., Johnson, A. J., Crabtree, S. A. y Jensen, M. L. (2018). Religious beliefs and domestic violence myths. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(4), 386–397. <https://doi.org/10.1037/rel0000154>
- Jolliffe, D. y Farrington, D. P. (2021). Empathy and offending, aggression, and bullying: Taking stock and moving forward. In D. Jolliffe & D. P. Farrington (Eds.) *Empathy versus offending, aggression and bullying: Advancing knowledge using the Basic Empathy scale* (pp. 247–254). Taylor & Francis Group.
- Juarros-Basterretxea, J., Herrero J., Fernández-Suárez, A., Pérez, B. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2018). Are generalist batterers different from generally extrafamily violent men? A study among imprisoned male violent offenders. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 8-14. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a1>
- Kachadourian, L. K., Fincham, F. y Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: the role of attachment and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 11, 373-393. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00088.x>
- Kamat, V. I., Jones, W. H. y Row, K. L. (2006). Assessing forgiveness as a dimension of personality. *Individual Differences Research*, 4(5), 322-330.

- Karakurt, G., Koç, E., Çetinsaya, E. E., Ayluçtarhan, Z. y Bolen, S. (2019). Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 220-230. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.08.006>
- Karremans, J. C. y Van Lange, P. A. M. (2008). Forgiveness in personal relationships: Its malleability and powerful consequences. *European Review of Social Psychology*, 19(1), 202–241. <https://doi.org/10.1080/10463280802402609>
- Kasprzak, A., Martínez-Díaz, P., Molinero Caparrós, C. y Enright, R. (2023). Perdón interpersonal: validación del Enright Forgiveness Inventory (EFI-30) en una muestra española. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 39(3), 364–373. <https://doi.org/10.6018/analesps.522011>
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. (2013). The comparative effectiveness of integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: A randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 13, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-189>
- Labriola, M., Rempel, M. y Davis, R. C. (2005). *Testing the effectiveness of batterer programs and judicial monitoring. Results from a randomized trial at the Bronx Misdemeanor Domestic Violence Court*. Center for Court Innovation. Nueva York.
- Landa, M., Landa, A. L. y Cruz, R. (2018). Empatía, Bienestar Subjetivo y Creencias Religiosas en Estudiantes de Pregrado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. *SSRN Electronic journal*. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3242518>

- Lawler-Row, K., Scott, C.A., Raines, R. L., Edlis-Matityahou, M. y Moore, E. W. (2007). The Varieties of Forgiveness Experience: Working toward a Comprehensive Definition of Forgiveness. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 233-248. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9077-y>
- Lawler-Row, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L. y Jones, W. H. (2006). The Role of Adult Attachment Style in Forgiveness Following an Interpersonal Offense. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 493–502. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00434.x>
- Lee, Y. R., y Enright, R. D. (2019). A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychology & Health*, 34(5), 626-643. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1554185>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE 2004; 313: 42166-42197. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Lila, M., Gracia, E. y Catalá-Miñana, A. (2018). Individualized motivational plans in batterer intervention programs: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 309–320. <http://doi.org/10.1037/ccp0000291>
- Lilley-Walker, S.-J., Hester, M. y Turner, W. (2018). Evaluation of European Domestic Violence Perpetrator Programmes: Toward a Model for Designing and Reporting Evaluations Related to Perpetrator Treatment Interventions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(4), 868–884. <https://doi.org/10.1177/0306624X16673853>

- Lin, Y., Worthington, E. L., Griffin, B. J., Greer, C. L., Opare-Henaku, A., Lavelock, C. R., ... Muller, H. (2014). Efficacy of REACH forgiveness across cultures. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 781-793.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22073>
- Loinaz, I. (2009). *Aproximación teórica y empírica al estudio de las tipologías de agresores de pareja. Análisis descriptivo y variables e instrumentos de evaluación en el centro penitenciario Brians-2*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Loinaz, I. (2014). Distorsiones Cognitivas en Agresores de Pareja: Análisis de una Herramienta de Evaluación. *Terapia Psicológica*, 32(1), 5-17.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100001>
- Loinaz, I., Marzabal, I. y Andrés-Pueyo, A. (2018). Risk factors of female intimate partner and non-intimate partner homicides. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(2), 49-55.
<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a4>
- Long, K. N. G., Worthington, E. L., VanderWeele, T. J. y Chen, Y. (2020). Forgiveness of others and subsequent health and well-being in mid-life: a longitudinal study on female nurses. *BMC Psychology*, 8, 104.
<https://doi.org/10.1186/s40359-020-00470-w>
- López, L. (2012). Salud y condena por violencia de género. (Asistentes a programas formativos de reeducación). *La Ley Penal: revista de Derecho penal, procesal y penitenciario*, 93, 94 – 103.
- López, A. y Moral, M. V. (2020). Dependencia emocional en agresores de pareja asistentes a un programa de intervención de penas y medidas alternativas: estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20, 75- 88.

- López, M. T., Barrera, M. I., Cortés, J.F., Guines, M. y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34, 111-120.
- López-Fernández, V., Ramírez, Y. y Navas, M. (2018). Un estudio sobre la relación entre la empatía, la edad, las inteligencias múltiples y las diferencias de género en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). *Revista talento, inteligencia y creatividad*, 5(9).
- López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J.F., Guines, M. y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111-120.
- López-Ossorio, J. J., Carbajosa, P., Cerezo-Domínguez, A. I., González-Álvarez, J. L., Loinaz, I. y Muñoz-Vicente, J. M. (2018). Taxonomía de los homicidios de mujeres en las relaciones de pareja. *Psychosocial Intervention*, 27, 95-104. <https://doi.org/10.5093/pi2018a11>
- López-Ossorio, J. J., González-Álvarez, J. L. y Andrés-Pueyo, A. (2016). Eficacia predictiva de la valoración policial del riesgo de la violencia de género. *Psychosocial Intervention*, 25(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.002>
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. y Abad, F. J. (2008). *TECA Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Lutjen, L. J., Silton, N. R. y Flannelly, K. J. (2012). Religion, forgiveness, hostility and health: A structural equation analysis. *Journal of Religion and Health*, 51, 468-478. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10943-011-9511-7>

- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2010). Evaluación del perdón: Diferencias generacionales y diferencias de sexo. *Revista latinoamericana de psicología*, 42(3), 391-403.
- Marey-Castro, C. y Del-Pozo-Triviño, M. (2020). Deconstruir mitos y prejuicios para interpretar a mujeres migrantes en contextos de violencia de género o prostitución en España. *Mutatis Mutandis. Revista Latinoamericana de Traducción*, 13(1), 64-92.
<http://dx.doi.org/10.17533/udea.mut.v13n1a04>
- Martín-Fernández, M., Gracia, E., Marco, M., Vargas, V., Santirso, F. A. y Lila, M. (2018). Measuring Acceptability of Intimate Partner Violence Against Women; Development and Validation of the A-IPVAW Scale. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 26-34.
<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a3>
- Martínez, J. P., Méndez, I. y García-Sevilla, J. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 325-333.
<http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.135>.
- Martínez-Pecino, R. y Durán, M. (2019). I love you but I cyberbully you: The role of hostile sexism. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 812–825.
<https://doi.org/10.1177/0886260516645817>
- Mauger, P.A., Perry, J.E., Freeman, T., Grove, D.C, McBride, A.G. y McKinney K.E. (1992). The measurement of forgiveness: preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 170-180.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey y D. Sluyter (Eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educator*, (pp. 3-31). New York: Basic Books.

- McCullough, M. E. (2001). Forgiveness: Who does it and how do they do it? *Current Directions in Psychological Science*, 10(6). <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00147>
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L., Brown, S. W. y Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1586-1603.
- McCullough, M. E., Root, L. M. y Cohen, A. D. (2006). Writing about the benefits of an interpersonal transgression facilitates forgiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 887-897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.745.887>
- McCullough, M. E. y Witvliet, C. V. O. (2002). The psychology of forgiveness. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 446-455). New York: Oxford University Press.
- McCullough, M. E., Worthington, E. L. y Rachal, K. C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 321-336. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.321>
- McKinnon J. (2018). In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), 3882–3893. <https://doi.org/10.1111/jocn.14610>
- Megías, J., Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M. y Böhner, G. (2011). Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale (AMMSA). *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 912-925. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.37

- Megías, J. L., Toro-García, V. y Carretero-Dios, H. (2018). The Acceptance of Myths About Intimate Partner Violence Against Women (AMIVAW) Scale: Development and validation in Spanish and English. *Psychology of Women Quarterly*, 42(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/0361684317742638>
- Mehrabian, A. (1996). *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*. Monterey C.A.: Albert Mehrabian.
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>
- Meléndez-Domínguez, M. y Bermúdez, M. P. (2020). Análisis epidemiológico de la violencia de género en la Unión Europea. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(3), 380–385. <https://doi.org/10.6018/analesps.428611>
- Mellor, D., Fung, S. W. T. y binti Mamat @ Muhammad, N. H. (2012). Forgiveness, empathy and gender—A Malaysian perspective. *Sex Roles: A Journal of Research*, 67(1-2), 98–107. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0144-4>
- Menéndez, S., Pérez, J., y Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 41–53. <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a6>
- Menghi, M. S., Rodríguez, L. M., Tortul, M. C. y Moreno, J. E. (2017). Adaptación de la Escala de Probabilidad de Perdón a población adolescente argentina. *Interdisciplinaria*, 34(2), 489-498. <https://psycnet.apa.org/doi/10.16888/interd.2017.34.2.15>

- Mestre, M. V., Frías, M. D. y Samper, P. (2004). Measuring empathy: The Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Miller, A. J., Worthington, J. R. y McDaniel, M. A. (2008). Gender and forgiveness: a meta-analytic review and research agenda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 843-876.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/jscp.2008.27.8.843>
- Miville, M. L., Carlozzi, A. F., Gushue, G. V., Schara, S. L. y Veda, M. (2006). Mental Health counselor qualities for a diverse clientele: Linking empathy, universal-diverse orientation and emotional intelligence. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 151-165.
<http://dx.doi.org/10.17744/mehc.28.2.6khc06t87c2fr7y3>
- Mogensen, C. y Rand, S. H. (2020). *The angry internet*. Centre for Digital Youth Care.
- Monreal-Gimeno, M.C, Povedano-Díaz, A. y Martínez-Ferrer, B. (2014). Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 5(3), pp. 105–114. <http://hdl.handle.net/10481/42943>
- Montes-Berges, B. (2008). Tácticas para la resolución de conflictos y celos románticos en relaciones íntimas: adaptación y análisis de las escalas CTS2 y CR. *Estudios de Psicología*, 29(2).
<https://doi.org/10.1174/021093908784485138>
- Montes-Berges, B. (2009). Patrones de comunicación, diferenciación y satisfacción en la relación de pareja: Validación y análisis de estas escalas en muestras españolas. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(2), 288–298. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/8766>

Montes-Berges, B. (Dir.) (2011). *Émpatas. La capacidad de sentir como la otra persona. ¿Por qué hay personas que no pueden ver el telediario?* Granada: Ruiz de Aloza.

Montes-Berges, B. (Dir.) (2014). *Émpatas, empáticos y ápatas. Claves para mejorar tu empatía.* Granada: Ruiz de Aloza.

Montes-Berges, B., y Aranda, M. (2017). Violencia de género: el papel de la empatía y el perdón sobre la actitud hacia volver con la expareja. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 353–362.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.948>

Montilla-Jiménez, G., Aranda, M. y Montes-Berges, B. (2011). ¿Son émpatas las mujeres maltratadas? En B. Montes-Berges (Ed.), *Émpatas. La capacidad de sentir como la otra persona. ¿Por qué hay personas que no pueden ver el telediario?*, (pp. 143-163). Granada: Ruiz de Aloza.

Mora-Pelegrín, M. (2009). *Inteligencia Emocional en autores de delitos relacionados con la violencia de género.* Trabajo de investigación para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados. Universidad de Jaén.

Mora-Pelegrín, M., Montes-Berges, B., Aranda, M., y Agustina Vázquez, M. (2017). Escala de actitud para perdonar. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 215–224.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1123>

Mora-Pelegrín, M., Montes-Berges, B., Ramos, M. M. y Augusto, J. M. (8th September, 2010). *Emotional Intelligence in authors of crimes related to the gender violence.* [Presentation of the paper]. Social Psychology

Section Annual Conference of the British Psychological Society, Winchester, England.

Moral, J., Rosales, F. L., Loving, R. D. y Martínez, Y. I. C. (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja. *Revista CES Psicología*, 4(2), 29-46.

Morales, F. y Arias, C. J. (2014). El perdón como motivador prosocial de la vejez. *Neurama, revista electrónica de psicogerontología*, 1(2).

Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D. y Dennison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0441>

Muncer, S. J. y Ling, J. (2006). Psychometric analysis of the empathy quotient (EQ) scale. *Personality and Individual Differences*, 40, 1111-1119. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2005.09.020>

Muñoz, A.P. y Chaves, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? *Katharsis*, 16, 123-143.

Murphy, C. M., Eckhardt, C. I., Clifford, J. M., Lamotte, A. D. y Meis, L. A. (2017). Individual versus group cognitive-behavioral therapy for partner-violent men: A preliminary randomized trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–23. <https://doi.org/10.1177/0886260517705666>

Naciones Unidas (1996). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, del 4 al 15 de septiembre de 1995*. A/CONF.177/20/Rev.1, Publicación de las Naciones Unidas: Nº de ventas 96.IV.13, Naciones Unidas. Nueva York, 1996. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>

- Nebot-García, J. E., García-Barba, M., Ruíz-Palomino, E. y Giménez-García, C. (2018). Sexo y amor: cuando la forma de entender el amor se convierte en un riesgo para la salud sexual de los jóvenes. *Ágora de Salud*, 5, 401-409. <http://dx.doi.org/10.6035/agorasalut.2018.5.44>
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R. y Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02582-4>
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Dalsbø, T. K., Pedersen, S. A., Bjørngaard, J. H. y Palmstierna, T. (2019). Cognitive behavioural group therapy for male perpetrators of intimate partner violence: a systematic review. *BMC psychiatry*, 19(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2010-1>
- Neuman, D. L., Chan, R. C. K., Boyle, G. J., Wang, Y. y Westbury, H. R. (2015). Measures of Empathy: Self-Report, Behavioral and Neuroscientific Approaches. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske and G. Matthews (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*, (pp. 257-289). San Diego: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00010-3>
- Noriega, N., Juarros-Basterretxea, J. y Herrero, J. (2020). Implicación de los profesionales de la salud en los casos de violencia en la pareja contra la mujer: La influencia de las actitudes sexistas hacia la mujer. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 11(1), 31-41. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.033>

- Oceja, L., López-Pérez, B., Ambrona, T. y Fernández, I. (2009). Measuring general dispositions to feeling empathy and distress. *Psicothema*, 21(2), 171-176.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y ONU Mujeres (2023). Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide): Global estimates of female intimate partner/family-related homicides in 2022. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-11/gender-related-killings-of-women-and-girls-femicide-feminicide-global-estimates-2022-en.pdf>
- Olivera, J., Braun, M. y Roussos, A. (2011). Instrumentos para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 121-132.
- ONU Mujeres (2024). Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures> [página consultada el 31-05-2024]
- Orathinkal, J., Vansteenwegen, A. y Burggraeve, R. (2008). Are Demographics Important for Forgiveness? *The Family Journal*, 16(1), 20-27. <https://doi.org/10.1177/1066480707309542>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Geneva, Suiza: OMS Press. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-13.06>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres*. Ginebra, Suiza: OMS,

(WHO/RHR/18.19).

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337198/WHO-RHR-18.19-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Estimaciones de prevalencia de violencia contra las mujeres, 2018. Resumen ejecutivo*. Ginebra, Suiza: OMS, 2021.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>

Orozco, M. (2021). Inteligencia emocional, empatía y buen trato como factores protectores frente a la agresión física en adolescentes. *Rev. CES Psicología*, 14(2), 1-19. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.5222>

Paleari, F. G., Regalia, C. y Fincham, F. D. (2009). Measuring offence-specific forgiveness in marriage: The Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS). *Psychological Assessment*, 21, 194-209. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016068>

Pelucchi, S., Paleari, F. G., Regalia, C., y Fincham, F. D. (2013). Self-forgiveness in romantic relationships: it matters to both of us. *Journal of family psychology*, 27(4), 541–549. <https://doi.org/10.1037/a0032897>

Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272.

Petrides, K.V. y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/per.416>

Prieto-Ursúa, M., Carrasco, M. J., Cagigal, V., Gismero, E., Martínez, M. P. y Muñoz, I. (2012). El perdón como herramienta clínica en terapia

- individual y de pareja. *Clínica Contemporánea*, 3, 121-134.
<http://dx.doi.org/10.5093/cc2012a8>
- Pu, D. F., Rodríguez, C. M. y Dimperio, M. D. (2022). Factors Distinguishing Reciprocal Versus Nonreciprocal Intimate Partner Violence Across Time and Reporter. *Journal of interpersonal violence*, 37(15–16), NP13654–NP13684. <https://doi.org/10.1177/08862605211001475>
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. y Páez-Rovira, D. (2015). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(1), 295–306.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
- Pueyo, A., y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
- Reik, T. (1949). *Listening with the third ear*. Nueva York: Farrar, Strauss & Co.
- Reniers, R. L. E. P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N. M. y Völlm, B. A. (2011). The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 84–95.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2010.528484>
- Repetto, E. (1977). *Fundamentos de orientación. La empatía en el proceso orientador*. Madrid: Morata.
- Repetto, E. (2009). *Formación en competencias socioemocionales*. Madrid: La Muralla.
- Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-339.

- Rocca, M. A., Falini, A., Comi, G., Scotti, G. y Filippi, M. (2008). The mirror-neuron system and handedness: a "right" world? *Human Brain Mapping*, 29, 1243–1254. <https://doi.org/10.1002%2Fhbm.20462>
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M. V. y Vallejo-Medina, P. (2013). La fiabilidad y validez de la escala de mitos hacia el amor: las creencias de los y las adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 28(2), 157-168. <https://doi.org/10.1174/021347413806196708>
- Rodríguez-Domínguez, C., Segura, M. D. y Martínez-Pecino, R. (2018). Cyber aggressors in dating relationships and its relation with psychological violence, sexism, and jealousy. *Health and Addictions*, 18(1), 17–27. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.329>
- Rodríguez-Espartal, N. (2012). *Intervención con presos por violencia de género: Propuesta y resultados de un programa basado en Inteligencia Emocional* (tesis doctoral). Universidad de Jaén.
- Rodríguez-Espartal, N. y Lopez-Zafra, E. (2013). Programa emocional para presos por violencia de género (PREMOVIGE): Efectividad en variables cognitivas y conductuales. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 115-123. <https://doi.org/10.5093/in2013a14>
- Romero-Martínez, Á., Lila, M., Gracia, E. y Moya-Albiol, L. (2018). Improving empathy with motivational strategies in batterer intervention programs: Results of a randomized controlled trial. *The British journal of clinical psychology*, 58(2), 125–139. <https://doi.org/10.1111/bjc.12204>
- Romero-Martínez, A., Lila, M., Sarrate-Costa, C., Comes-Fayos, J. y Moya-Albiol, L. (2023). The interaction between attention deficit hyperactivity

disorder and neuropsychological deficits for explaining dropout and recidivism of intimate partner violence perpetrators. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 15(1), 33–42. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a4>

Romero-Martínez, Á., Santirso, F., Lila, M., Comes-Fayos, J. y Moya-Albiol, L. (2022). Cognitive flexibility and reaction time improvements after cognitive training designed for men perpetrators of intimate partner violence: Results of a pilot randomized controlled trial. *Journal of family violence*, 37(3), 461–473. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00304-2>

Rosales-Sarabia, R. M. (2013). *El Perdón en la relación de pareja: validación de una escala y su relación con los estilos de apego* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rosales-Sarabia, R., Aragón, S., Martínez, L. y Méndez, M. (2018). Perdón y resentimiento hacia la pareja: desarrollo y validación de dos escalas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(47), 141-156. <http://dx.doi.org/10.21865/RIDEP47.2.10>

Rosales-Sarabia, R. M., Rivera, S. y García, M. (2017). Revisión psicométrica de tres escalas de perdón: midiendo la metamorfosis emocional. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2577-2584. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aippr.2017.02.005>

Rosenbaum, A. y O’Leary, D. K. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49(1), 63–71. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.49.1.63>

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

- Rosenfeld, B., Galietta, M., Foellmi, M., Coupland, S., Turner, Z., Stern, S., Wijetunga, C., Gerbrandij, J. e Ivanoff, A. (2019). Dialectical behavior therapy (DBT) for the treatment of stalking offenders: A randomized controlled study. *Law and Human Behavior*, 43(4), 319–328. <https://doi.org/10.1037/lhb0000336>
- Ruddle, A., Pina, A., y Vasquez, E. (2017). Domestic violence offending behaviors: A review of the literature examining childhood exposure, implicit theories, trait aggression and anger rumination as predictive factors. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 154–165. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.016>
- Rye, M. S., Loiacono, D. M., Folck, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A. y Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Current Psychology*, 20, 260-277. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-001-1011-6>
- Rye, M. S. y Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart? *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 419–441. <https://doi.org/10.1002/jclp.1153>
- Salgado, M. E. (2015). Manejo de la empatía en la interconsulta. *Perspectivas en Psicología*, 12(1), 44-51.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. Pennebaker (Ed.),

Emotion, Disclosure, & Health (pp.125-154). Washington: American Psychological Association.

Sánchez-Hernández, M. D., Herrera-Enríquez, M. C. y Expósito, F. (2020). Controlling behaviors in couple relationships in the digital age: Acceptability of gender violence, sexism, and myths about romantic love. *Psychosocial Intervention*, 29(2), 67-81. <https://doi.org/10.5093/pi2020a1>

Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y. y Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Santirso, F. A., Gilchrist, G., Lila, M. y Gracia, E. (2020). Motivational strategies in interventions for intimate partner violence offenders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 175–190. <https://doi.org/10.5093/pi2020a13>

Santirso, F. A., Lila, M. y Gracia, E. (2020). Motivational strategies, working alliance, and protherapeutic behaviors in batterer intervention programs: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 77-84. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a7>

Sansó, N., Galiana, L., González, B., Sarmentero, J., Reynes, M., Oliver, A., y Garcia-Toro, M. (2019). Differential effects of two contemplative practice-based programs for health care professionals. *Psychosocial Intervention*, 28(3), 131-138. <https://doi.org/10.5093/pi2019a12>

Schulte-Rüther, M., Markowitsch, H. J., Shah, N. J., Fink, G. R. y Piefke, M. (2008). Gender differences in brain networks supporting

empathy. *NeuroImage*, 42(1), 393–403.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.180>

Schumm, W. R., Nichols, C. W., Schectman, K. I. y Grisby, C. C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports*, 53, 567-572.

<https://doi.org/10.2466/pr0.1983.53.2.567>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP; 2010). *Violencia de Género. Programa de Intervención para Agresores (PRIA)*. Madrid: Ministerio del interior. Secretaría General Técnica.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP; 2022). *Informe general 2022*. [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe General IIPP 2022 12615039X.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2022_12615039X.pdf)

Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J. y Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>

Sheikh, S. y Janoff-Bulman, R. (2010). The “shoulds” and “should nots” of moral emotions: A self-regulatory perspective on shame and guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(2), 213–224. <https://doi.org/10.1177/0146167209356788>

Shorey, R. C., McNulty, J. K., Moore, T. M. y Stuart, G. L. (2015). Emotion regulation moderates the association between proximal negative affect

- and intimate partner violence perpetration. *Prevention Science*, 16, 873–880. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0568-5>
- Sjödin, A. K., Wallinius, M., Billstedt, E., Hofvander, B. y Nilsson, T. (2017). Dating violence compared to other types of violence: Similar offenders but different victims. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9, 8391. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2017.03.001>
- Soleymani, S., Britt, E. y Wallace-Bell, M. (2018). Motivational interviewing for enhancing engagement in intimate partner violence (IPV) treatment: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.005>
- Sonkin, D. J. y Durphy, M. (1982). *Learning to Live Without Violence; A Handbook for Men*. San Francisco: Volcano Press.
- Sonkin, D. J., Del Martin, D. y Walker, L. (1985). *The Male Batterer: A Treatment Approach*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Sordi, B. (2015). Programas de rehabilitación para agresores en España: un elemento indispensable de las políticas del combate a la violencia de género”. *Política criminal*, 10(19), 297–317. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992015000100010>
- Sprague, S., Kaloty, R., Madden, K., Dosanjh, S., Mathews, D. J. y Bhandari, M. (2011). Perceptions of Intimate Partner Violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. *Journal of Injury and Violence Research*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.5249/jivr.v5i1.147>
- Steiner, M., Allemand, M. y McCullough, M. E. (2011). Age differences in forgivingness: The role of transgression frequency and intensity. *Journal of Research in Personality*, 45(6), 670–678. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.09.004>

- Stephens-Lewis, D., Johnson, A., Huntley, A., Gilchrist, E., McMurran, M., Henderson, J., Feder, G., Howard, L. M. y Gilchrist, G. (2021). Interventions to Reduce Intimate Partner Violence Perpetration by Men Who Use Substances: A Systematic Review and Meta-Analysis of Efficacy. *Trauma, violence & abuse*, 22(5), 1262–1278. <https://doi.org/10.1177/1524838019882357>
- Stern, J. A., Cassidy, J. (2018). Empathy from infancy to adolescence: An attachment perspective on the development of individual differences. *Developmental Review*, 47, 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.09.002>
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B. y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and violent behavior*, 10, 65-98. <https://doi:10.1016/j.avb.2003.09.001>
- Stover, C. S., McMahon, T. J. y Moore, K. (2019). A randomized pilot trial of two parenting interventions for fathers in residential substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 104, 116–127. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.07.003>
- Strelan, P. y Covic, T. (2006). A review of forgiveness process models and a coping framework to guide future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(10), 1059-1085. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.10.1059>
- Strickland, J., Parry, C. L., Allan, M. M. y Allan, A. (2017). Alexithymia among perpetrators of violent offences in Australia: Implications for rehabilitation. *Australian Psychologist*, 52(3), 230–237. <https://doi.org/10.1111/ap.12187>

- Sun, B., Luo, Z., Zhang, W., Li, W. y Li, X. (2017). Age-related differences in affective and cognitive empathy: self-report and performance-based evidence. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 25(5), 655–672. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1360835>
- Sygel, K., Kristiansson, M., Furberg, R. y Fors, U. (2014). Reactions on Display/Intimate Partner Violence (RoD/IPV)—A study of a new interactive computer simulation program for the treatment of men convicted of intimate partner violence. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.951104>
- Takeuchi, H., Taki, Y., Thyreau, B., Sassa, Y., Hashizume, H., Sekiguchi, A., Nagase, T., Nouchi, R., Fukushima, A. y Kawashima, R. (2013). White matter structures associated with empathizing and systemizing in young adults. *NeuroImage*, 77, 222–236. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.04.004>
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Heinze, L., Neufeld, J. E., Shorey, H. S., Roberts, J. C, y Roberts, D. E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73, 313-359. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x>
- Toccaceli, V., Fagnani, C., Eisenberg, N., Alessandri, G., Vitale, A. y Stazi, M. A. (2018). Adult Empathy: Possible Gender Differences in Gene-Environment Architecture for Cognitive and Emotional Components in a Large Italian Twin Sample. *Twin Research and Human Genetics*, 21(3), 214–226. <https://doi.org/10.1017/thg.2018.19>

- Tonkin, T. y Mitchell, D. (2010). The reverse role play: An innovative way of confronting men. *Australian Social Work*, 63(4), 460–465. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2010.509441>
- Torres (2004). Familia. En J. Sanmartín (Coord.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 77-87). Barcelona: Ariel.
- Torres, A., Lemos-Giráldez, S. y Herrero, J. (2013). Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *Anales de Psicología*, 29(1), 9–18. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130621>
- Toussaint, L. L., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2016). Forgiveness, stress, and health: A 5-week dynamic parallel process study. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 727-735. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9796-6>
- Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A. y Everson, S. A. (2001). Forgiveness and health: Age differences in a U.S. probability sample. *Journal of Adult Development*, 8(4), 249–257. <https://doi.org/10.1023/A:1011394629736>
- Travers, A., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C. y Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84, 101974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101974>
- Trivedi-Bateman, N. y Crook, E. L. (2021). The optimal application of empathy interventions to reduce antisocial behaviour and crime: a review of the literature. *Psychology, Crime & Law*, 28(8), 796-819. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2021.1962870>

- Tsang, J. A., McCullough, M. E. y Hoyt, W. T. (2005). Psychometric and Rationalization Accounts of the Religion-Forgiveness Discrepancy. *Journal of Social Issues*, 61(4), 785-805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00432.x>
- Uthman, O. A., Lawoko, S. y Moradi, T. (2010). Sex disparities in attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: a socio-ecological analysis. *BMC Public Health*, 10(1), article number 223. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-223>
- Ubillos, S., Goiburu, E., Puente, A., Pizarro, J. P. y Echeburúa, E. (2017). Evaluación de pensamientos distorsionados sobre la mujer y la violencia en estudiantes vascoparlantes de enseñanzas medias. *Revista de Psicodidáctica*, 22(1). <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.16124>
- Vacacela Márquez, Salomé y Mideros Mora, Andrés. (2022). Identificación de los factores de riesgo de violencia de género en el Ecuador como base para una propuesta preventiva. *Desarrollo y Sociedad*, (91), 111-142. <https://doi.org/10.13043/dys.91.3>
- Valor-Segura, I., Expósito, F. y Moya, M. (2010). Emociones poderosas y no poderosas ante conflictos de pareja: diferencias de género. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 129-134. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a4>
- Valor-Segura, I., Expósito, F. y Moya, M. (2014). Gender, Dependency and Guilt in Intimate Relationship Conflict Among Spanish Couples. *Sex Roles*, 70, 496-505. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-014-0351-2>
- Valor-Segura, I., Expósito, F., Moya M. y Kluwer, E. (2014). Don't leave me: the effect of dependency and emotions in relationships conflict. *Journal of*

Applied Social Psychology, 44, 579-587.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/jasp.12250>

Vargas-Núñez, B. I. y Pozoz-Gutiérrez, J. L. (2005). Desarrollo de la escala de perdón. *30º Congreso Interamericano de Psicología*, Buenos Aires, Argentina, del 26 al 30 de junio.

van der Helm, P. (2021). Contextual correlates of empathy. In D. Jolliffe & D. P. Farrington (Eds.) *Empathy versus offending, aggression and bullying: Advancing knowledge using the Basic Empathy scale* (pp. 63–76). Taylor & Francis Group.

Vázquez, M. A., Montes-Berges, B., Aranda M., M. y Mora, M. (2017). El perdón y la reincidencia para volver con la expareja. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 363–372.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.949>

Vidal y Benito, M. C. (2012). *La empatía en la consulta*. Buenos Aires: Polemos.

Voith, L. A., Logan-Greene, P., Strodthoff, T. y Bender, A. E. (2018). A paradigm shift in batterer intervention programming: A need to address unresolved trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1177/1524838018791268>

Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. y Worthington, E. L. (2014). Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 154–170.
<https://doi.org/10.1037/a0035268>

Wade, N. G. y Tittler, M. V. (2020). Psychological interventions to promote forgiveness of others: Review of empirical evidence. In E. L. Worthington, Jr. & N. G. Wade (Eds.), *Handbook of forgiveness* (2nd ed.,

pp. 255–265). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781351123341-24>

Wade, N. G. y Worthington, E. L., Jr. (2003). Overcoming interpersonal offenses: Is forgiveness the only way to deal with unforgiveness? *Journal of Counseling & Development*, 81(3), 343–353. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00261.x>

Wegner, D. M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>

Wemrell, M., Stjernlöf, S., Aenishänslin, J., Lila, M., Gracia, E. y Ivert, A. K. (2019). Towards understanding the Nordic paradox: A review of qualitative interview studies on intimate partner violence against women (IPVAW) in Sweden. *Sociology Compass*, 13, 1-23. <https://doi.org/10.1111/soc4.12699>

White, G. L. (1976). *The social psychology of romantic jealousy*. Unpublished doctoral dissertation. Universidad de California, Los Ángeles.

Wieck, C. y Kunzmann, U. (2015). Age differences in empathy: Multidirectional and context-dependent. *Psychology and Aging*, 30(2), 407–419. <https://doi.org/10.1037/a0039001>

Wigham, S., McGovern, R., Kaner, E. y Hackett, S. S. (2022). A review of recent innovation in psychosocial interventions for reducing violence and aggression in adults using a horizon scanning approach. *Aggression and violent behavior*, 62, 101685. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101685>

Wilson, D. B., Feder, L. y Olaghere, A. (2021). Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence: An updated Campbell

- systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 17(1), e1151.
<https://doi.org/10.1002/cl2.1151>
- Winters, J., Clift, R. y Dutton, D. G. (2004). An exploratory study of emotional intelligence and Domestic Abuse. *Journal of Family Violence*, 19(5), 255–267. <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000042076.21723.f3>
- Witvliet, C., Mohr, A. J., Hinman, N. y Knoll, R. (2014). Transforming or Restraining rumination: The impact of compassionate reappraisal versus emotion suppression on empathy, forgiveness, and affective psychophysiology. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 248-261.
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.941381>
- Wong, J. S. y Bouchard, J. (2021). Judging the Book by Its Cover: What Comprises a Cognitive Behavioral Intervention Program for Perpetrators of Intimate Partner Violence? *Criminal Justice and Behavior*, 48(9), 1278–1299.
<https://doi.org/10.1177/0093854821996020>
- Worthington, E. L., Jr., Hook, J. N., Utsey, S. O., Williams, J. K., y Neil, R. L. (2007, October). *Decisional and Emotional Forgiveness*. Paper presented at the International Positive Psychology Summit. Washington, DC.
- Yamawaki, N., Ochoa-Shipp, M., Pulsipher, C., Harlos, A. y Swindler, S. (2012). Perceptions of Domestic Violence: The Effects of Domestic Violence Myths, Victim's Relationship with Her Abuser, and the Decision to Return to Her Abuser. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(16), 3195–3212. <https://doi.org/10.1177/0886260512441253>
- Yárnöz-Yaben, S. y Comino, P. (2012). Un instrumento para la evaluación del perdón en el ámbito del divorcio y la separación. *International Journal*

of Psychology and Psychological Therapy, 12(1), 49-58.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9835-x>

Yu, L., Gambaro, M., Song, J. Y., Teslik, M., Song, M., Komoski, M. C., Wollner, B. y Enright, R. D. (2021). Forgiveness therapy in a maximum-security correctional institution: A randomized clinical trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1457-1471. <https://doi.org/10.1002/cpp.2583>

Yuguero, O., Melnick, E. R., Marsal, J. R., Esquerda, J. y Soler-González, J. (2018). Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ Open*, 8, e020949. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020949>

Zarling, A., Lawrence, E. y Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199–212. <https://doi.org/10.1037/a0037946>

Zarling, A. y Russell, D. (2022). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth Model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 90(4), 326–338. <https://doi.org/10.1037/ccp0000722>

Zautra, A. J., Smith, B. W., Affleck, G. y Tennen, H. (2001). Examination of chronic pain and affect relationships from two contrasting approaches: Stress and coping and a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 69, 786-795. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.5.786>

Zosky, D. L. (2016). "I feel your pain": Do batter intervention programs impact perpetrators' empathy for victims? *Partner abuse*, 7(1), 70–86.
<http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.7.1.70>

VI. ANEXOS

Anexo I. Items de la Escala de Disposición para Perdonar

1: Totalmente en desacuerdo	2: Bastante en desacuerdo	3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4: Bastante de acuerdo	5: Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------

1	Es muy duro para mí pasar página de las situaciones desagradables que he vivido.	1 2 3 4 5
2	No puedo dejar de pensar en las situaciones negativas que he vivido.	1 2 3 4 5
3	Cuando una persona me ha hecho algo que creo que no está bien, intento devolvérsela.	1 2 3 4 5
4	Cuando una persona me hace daño, sigo pensando mal de ella durante bastante tiempo.	1 2 3 4 5
5	Siento resentimiento hacia mí misma/o por las cosas negativas que he hecho.	1 2 3 4 5
6	No soy capaz de perdonarme si cometo errores que dañan a otras personas.	1 2 3 4 5
7	Sigo sintiéndome mal por algunas situaciones que me hicieron daño en el pasado.	1 2 3 4 5
8	Con frecuencia me permito pensar de manera negativa ante las situaciones dolorosas de mi vida.	1 2 3 4 5
9	No paro de criticarme por los fallos que he cometido en mi vida.	1 2 3 4 5
10	No soy capaz de perdonarme si cometo errores, aunque solo me afecten a mí.	1 2 3 4 5
11	Me gustaría que le pasara algo malo a la persona que me ha hecho daño.	1 2 3 4 5
12	Es muy difícil para mí perdonarme cuando meto la pata.	1 2 3 4 5
13	Con frecuencia, me compadezco de mis propios errores.	1 2 3 4 5

Anexo II. Items de la Escala de Manejo de Empatía en español

(1) Previamente a una situación difícil, empleo técnicas para afrontar las emociones que me esperan, como la relajación.	1	2	3	4	5
(2) Es fácil para mí darme cuenta de qué emociones negativas son mías y cuáles provienen de otra persona.	1	2	3	4	5
(3) Soy capaz de darme cuenta de si los sentimientos que experimento son míos o provienen de otra persona.	1	2	3	4	5
(4) Cuando sé que me voy a exponer a una situación emocionalmente negativa e intensa me preparo de alguna manera para distanciarme de esa situación.	1	2	3	4	5
(5) Cuando se trata de emociones positivas me doy cuenta con facilidad de cuáles me las ha contagiado otra persona y cuáles he generado yo.	1	2	3	4	5
(6) Aunque esté con otra persona que se siente mal, no me contagio de su emoción.	1	2	3	4	5
(7) Sé tranquilizar a las personas mediante mi contacto.	1	2	3	4	5
(8) Me contagio tan fácilmente de las emociones negativas de los demás que me afectan como si fueran mías.	1	2	3	4	5
(9) No suelo saber cómo se siente alguien por su comunicación no verbal.	1	2	3	4	5
(10) Cuando otra persona me explica cómo se siente, me resulta difícil entenderla.	1	2	3	4	5
(11) Cuando estoy con otra persona me doy cuenta de qué parte de lo que siento me está generando ella.	1	2	3	4	5
(12) Si alguien está triste, le contagio la alegría.	1	2	3	4	5
(13) Cuando estoy con otra persona que se siente mal termino sintiéndome igual de mal que ella.	1	2	3	4	5
(14) Me resulta fácil generar emociones positivas en una situación difícil.	1	2	3	4	5
(15) Me cuesta trabajo entender cómo se siente otra persona.	1	2	3	4	5

(16) Cuando tengo cerca a una persona que está nerviosa, puedo no saber cómo lo hago, pero la tranquilizo.	1	2	3	4	5
(17) Evito situaciones que impliquen emociones negativas porque no sé cómo deshacerme de ellas.	1	2	3	4	5
(18) Sé cómo separar mis sentimientos de los de los demás.	1	2	3	4	5
1 = totalmente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = ni en desacuerdo, ni de acuerdo					
4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo					

Anexo III. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre los Agresores de Violencia de Género

1 = totalmente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = ni en desacuerdo, ni de acuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo

1	Los hombres que agreden a sus parejas son violentos por naturaleza.	1	2	3	4	5
2	La ayuda psicológica a la víctima y el tratamiento del maltratador son incompatibles.	1	2	3	4	5
3	El ejercicio de la violencia ayuda a los maltratadores a mantener una alta autoestima.	1	2	3	4	5
4	La mayoría de los maltratadores que buscan un tratamiento, lo hacen cuando temen perder a su pareja.	1	2	3	4	5
5	Los hombres maltratadores presentan una baja tolerancia a la frustración.	1	2	3	4	5
6	La mayoría de los maltratadores proceden de ambientes sociofamiliares marginales.	1	2	3	4	5
7	Los maltratadores suelen responsabilizarse de su conducta cuando se ven delante de un juez.	1	2	3	4	5
8	Es cierto que algunos maltratadores se pueden sentir mal al agredir a sus parejas, a pesar de que no dejen de hacerlo.	1	2	3	4	5
9	Frecuentemente, los maltratadores suelen creerse las verdaderas víctimas de la situación.	1	2	3	4	5
10	Los primeros signos de violencia en el maltratador suelen aparecer en los inicios de la relación de pareja (noviazgo).	1	2	3	4	5

11	El hombre que maltrata a su mujer no siempre la considera inferior a él.	1	2	3	4	5
12	La mayoría de los maltratadores que piden perdón a las víctimas lo hacen sinceramente porque se sienten avergonzados.	1	2	3	4	5
13	La mayoría de maltratadores piensa que su pareja es la que debe cambiar.	1	2	3	4	5
14	Los maltratadores nunca podrán cambiar por mucho que se lo propongan.	1	2	3	4	5
15	Las personas cercanas al maltratador suelen creerse lo que está pasando, tal y como lo denuncia la víctima.	1	2	3	4	5
16	No todos los hombres maltratadores tienen creencias machistas.	1	2	3	4	5
17	Cuando un maltratador acepta ponerse en tratamiento, es porque realmente es consciente de sus dificultades para mantener una relación de pareja sana.	1	2	3	4	5
18	La mayoría de los maltratadores suele buscar a algún amigo al que puedan contarle sus problemas.	1	2	3	4	5
19	Tan sólo los agresores más violentos legitiman este tipo de conductas (agresivas) para resolver los conflictos con sus parejas.	1	2	3	4	5
20	El maltratador suele creer firmemente que su mujer lo engaña o le es infiel.	1	2	3	4	5
21	Los hombres que son violentos con su pareja no tienen ninguna necesidad de hablar acerca de los mismos.	1	2	3	4	5
22	En muy pocos casos, los maltratadores argumentan que ellos también han sido agredidos por su mujer.	1	2	3	4	5
23	La mayoría de los hombres violentos con su pareja, tan sólo se ponen en tratamiento cuando les obliga una orden judicial.	1	2	3	4	5
24	Los maltratadores suelen ser personas de edad adulta.	1	2	3	4	5

25	Normalmente los maltratadores suelen reconocer la dependencia que tienen de sus parejas.	1	2	3	4	5
26	La procedencia de un ambiente sociofamiliar normalizado (no marginal), no garantiza que el hombre no pueda ejercer malos tratos en un futuro.	1	2	3	4	5
27	Los maltratadores no pueden esconder su conducta y se comportan de igual forma en casa que en otros lugares.	1	2	3	4	5
28	Los hombres que critican constantemente a sus parejas lo que buscan es provocar que la mujer los abandone.	1	2	3	4	5
29	El maltratador no suele comportarse de forma violenta (física o psicológicamente) hasta que la relación con una mujer está consolidada.	1	2	3	4	5
30	Los maltratadores suelen ser personas con alguna enfermedad mental.	1	2	3	4	5
31	Cuando un hombre se da cuenta de que su conducta hacia su mujer es violenta, suele acudir a un profesional (terapeuta) en busca de ayuda.	1	2	3	4	5
32	El maltratador normalmente es un hombre aislado socialmente, al menos a nivel emocional.	1	2	3	4	5
33	La gran mayoría de los maltratadores han visto o han sufrido la violencia dentro de su ambiente familiar.	1	2	3	4	5
34	La mayoría de los maltratadores son hombres con una alta autoestima.	1	2	3	4	5
35	El maltratador utiliza la violencia extrema tan sólo cuando es necesario y no tiene otro remedio para resolver los conflictos.	1	2	3	4	5