



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ALIANZA TERAPÉUTICA Y COHESIÓN GRUPAL
EN UN CONTEXTO COERCITIVO DE HOMBRES
CONDENADOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO.
IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN.**

Autor: Ángela de la Fuente Martín

Tutor profesional: María Elena Gismero González

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2018

Ángela
de la Fuente
Martín

**ALIANZA TERAPÉUTICA Y COHESIÓN GRUPAL EN UN CONTEXTO
COERCITIVO DE HOMBRES CONDENADOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO.
IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN.**



Índice

Resumen/ Abstract	1
Marco teórico	2
<i>Violencia de género</i>	2
<i>Terapia con Maltratadores: Coerción, Motivación y Atribución de la Responsabilidad</i>	5
<i>Alianza Terapéutica</i>	8
<i>Cohesión Grupal</i>	9
<i>Objetivos e Hipótesis</i>	11
Metodología	13
<i>Participantes</i>	13
<i>Instrumentos</i>	14
<i>Procedimientos</i>	15
<i>Análisis de datos</i>	16
Resultados	17
Discusión	26
Referencias Bibliográficas	32
Anexos	37
<i>Anexo 1</i>	37
<i>Anexo 2</i>	38
<i>Anexo 3</i>	39
<i>Anexo 4</i>	40
<i>Anexo 5</i>	41

Resumen

Durante muchos años se ha investigado acerca de los factores que contribuyen al éxito de la terapia, encontrándose la alianza terapéutica como mayor predictor de este. Se considera fundamental en el éxito de un tratamiento psicológico. En terapia grupal se ha equiparado la importancia de esta a la de la cohesión grupal como impulsor del éxito en terapia. En este estudio se investiga sobre la formación de la alianza y la cohesión grupal en un contexto de hombres condenados por violencia de género que han sido obligados judicialmente a acudir a terapia, así como sobre la motivación inicial que tienen estos sujetos. Para ello se utilizan los cuestionarios *GCS*, *WAI-S*, *URICA-DV* y *EAR* que miden cohesión grupal, alianza terapéutica, motivación para el cambio y atribución de la responsabilidad (estas dos últimas como predictoras de éxito). Los resultados muestran que estas personas acuden con escasa conciencia del problema, aunque esto no afecta al buen establecimiento de una alianza y cohesión grupal. Ninguna de estas variables se ha podido relacionar con el cambio en la terapia.

Palabras clave: alianza terapéutica, cohesión grupal, motivación, pacientes involuntarios, mandato judicial, violencia de género, hombres condenados.

Abstract

Factors contributing to the success of therapy have been extensively studied for years, and it has been found that the therapeutic alliance is the main predictor of this success. It is considered essential in the success of psychological therapy. In group therapy, the importance of alliance has been equated to group cohesion as a driving force of success in therapy. This study investigates formation of the alliance and group cohesion in the context of partner violence convicted men who have been court ordered to treatment, as well as the initial motivation that these subjects have. To this end, *GCS*, *WAI-S*, *URICA-DV* and *EAR* questionnaires were used, measuring group cohesion, therapeutic alliance, motivation for change and attribution of responsibility (these last two as predictors of success). The results show that these people first attend to treatment with little awareness of the problem. They further show that this does not affect the proper establishment of the therapeutic alliance and group cohesion. None of these variables could be related to changes in therapy.

Key words: therapeutic alliance, group cohesion, motivation, involuntary patients, court ordered, partner violence, convicted men.

Marco teórico

Violencia de Género

La violencia de género es un problema de enorme magnitud social que afecta no solo a este país sino a escala mundial.

La OMS define la violencia contra la mujer como:

"Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (OMS, 2016).

La misma organización declaró en 1995 que este tipo de violencia es consecuencia de las relaciones de poder desiguales que ha habido entre hombres y mujeres a lo largo de la historia, que han llevado a la dominación de la mujer (Ruiz *et al.*, 2010). Esta es la concepción ideológica y cultural que hoy se comparte.

En un estudio realizado por la OMS en más de 80 países se ha desvelado que más de un tercio de las mujeres ha sufrido violencia (sexual o física) en algún momento de su vida. La mayoría de las veces esta ha sido infligida por la propia pareja: el 30% de las mujeres de todo el mundo manifiestan haber sufrido alguna forma de violencia por parte de esta (OMS, 2016).

En España se realiza cada cuatro años una Macroencuesta en ámbito nacional sobre la violencia contra la mujer (De Miguel, 2015). En ella se entrevista a cientos de mujeres mayores de 16 años con el objetivo de conocer el porcentaje de ellas que sufren o han sufrido violencia de género, obteniéndose, entre otros resultados, las prevalencias que se resumen en la Tabla 1.

	A lo largo de la vida	En los últimos 12 meses
Física		
Si	19,6%	3%
No	79,2%	95,1%
NS/NC	1,2%	1,9%
Sexual		
Si	13,7%	4,9%
No	85%	96,3%
NS/NC	1,3%	1,7%
Física o Sexual		
Si	24,2%	4,3%
No	73,9%	92,8%
NS/NC	1,9%	3%

Tabla 1. Prevalencia de la violencia física y/o sexual de parejas, exparejas o terceros (De Miguel, 2015).

En total un 19,6% de las mujeres residentes en España mayores de 16 años ha sufrido violencia física a lo largo de su vida, un 13,7% violencia sexual (De Miguel, 2015).

Además, se investiga también sobre la violencia psicológica tanto de control (celos, vigilancia sobre la mujer, obstáculos contra la libertad...) como emocional (insultos, menosprecio, intimidación, amenazas...) y acerca de la violencia económica (aquellas situaciones en las que se merma la independencia económica de la mujer).

	A lo largo de la vida	En los últimos 12 meses
Psicológica de Control		
Si	25,4%	9,2%
No	73,5%	89,1%
NS/NC	1,0%	1,7%
Psicológica Emocional		
Si	21,9%	7,9%
No	77,6%	91,2%
NS/NC	0,5%	0,9%
Económica		
Si	10,8%	2,5%
No	87,9%	96,0%
NS/NC	1,3%	1,5%

Tabla 2. Prevalencia de la violencia psicológica o económica de parejas, exparejas o terceros (De Miguel, 2015).

Como se muestra en la Tabla 2, un 25,4% y un 21,9% de las mujeres han sufrido violencia de control o emocional respectivamente a lo largo de su vida. Por otra parte, un 10,8% de las mujeres han sido víctimas de violencia económica (De Miguel, 2015).

En cuanto a las víctimas mortales de la violencia de género en el Gráfico 1 se puede observar el número de víctimas mortales de este tipo de violencia desde al año 2003 (Boletín Estadístico Anual, 2016).

Desde el año 2003 se ha producido una media de 62,14 muertes de mujeres por violencia de género al año. Desde el año 2011, el número de víctimas mortales medio ha disminuido a 54,17.



Gráfico 1. Víctimas mortales por violencia de género en los últimos 13 años (2003-2015) (De Miguel, 2015).

En el 2016 del total de las víctimas (44), 16 de ellas habían denunciado y 6 de ellas contaban con medidas de protección en vigor. El 56,8% de las víctimas habían nacido en España. El 2,3 % de las víctimas tenía entre 18 y 20 años, 15,9% tenía entre 21 y 30 años de edad y el 9,1% tenía más de 64 años (Boletín Estadístico Anual, 2016).

En cuanto a los agresores, el 65,9% eran nacidos en España y el 27,3% tenía una edad comprendida entre los 31 y los 40 años y el 13,6% tenía más de 64 años. En el año 2016, 26 menores quedaron huérfanos debido a estas muertes (Boletín Estadístico Anual, 2016).

Con la implantación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se instaura un régimen de medidas de protección contra la violencia de género que suponen un enorme avance en el intento de su erradicación. Esta ley incluye tanto medidas de sensibilización (artículo 3), que introduce en la sociedad valores de igualdad, tolerancia y libertad, como cambios en el sistema educativo, el sistema sanitario y el ámbito de la publicidad. Además, dota y garantiza a las víctimas una serie de derechos (p.e. derecho a la información, a la asistencia integral...) y protecciones.

Al mismo tiempo, la introducción de esta ley en el código penal supone el establecimiento de medidas alternativas para los hombres condenados por violencia de género. La suspensión de condena ya existía antes de la entrada en vigor de esta ley. Esta se aplica a todo tipo de delitos penados con menos de dos años, siempre que el condenado no tenga antecedentes penales. Supone el permiso de no entrada en la cárcel a cambio de una serie de requisitos (por ejemplo, no portar

armas, no delinquir...). Sin embargo, con la implantación de la LO 1/2004 se introducen modificaciones: además de las medidas que suponen requisito para atenerse a la suspensión de condena, los condenados deberán cumplir un programa de terapia psicológica. Como reza el artículo 35 (p. 20):

«En el caso de que el reo hubiera sido condenado por un delito relacionado con la violencia de género, la pena de prisión sólo podrá ser sustituida por la de trabajos en beneficio de la comunidad. En estos supuestos, el Juez o Tribunal impondrá adicionalmente, además de la sujeción a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico, la observancia de las obligaciones o deberes previstos en las reglas 1.ª y 2.ª, del apartado 1 del artículo 83 de este Código.»

Como consecuencia, esto implica que en España a día de hoy se están realizando programas psicológicos basados en el Programa de Intervención para Agresores (PRIA) diseñado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. A estos programas asisten de forma obligada los hombres condenados a menos de dos años por violencia de género.

Terapia con Maltratadores: Coerción, Motivación y Atribución de la Responsabilidad.

Según Rooney (Relvas & Sotero, 2014) la intervención coercitiva es aquella que se realiza por mandato judicial (clientes “obligados”) o por coacción de una tercera persona o entidad (clientes “no voluntarios”). En ambos casos los individuos son mandados a terapia sin que tengan alternativa. Rooney (1992, citado en Relvas & Sotero, 2014) afirma que, en la gran mayoría de estos casos, se produce una gran resistencia por parte del paciente e incluso por parte del terapeuta, resistencia que es definida por Miller (2003 citado en Relvas & Sotero, 2014) como la presencia de problemas en la interacción terapeuta-cliente. Esto es algo en lo que coinciden la mayoría de los autores: los clientes obligados entran en terapia con muchas más resistencias y menos motivación para cambiar que aquellos que acuden voluntariamente (Snyder & Anderson, 2009).

Se argumenta en contra del tratamiento coaccionado que este solo puede ser efectivo si la persona está verdaderamente motivada, es decir, si quiere cambiar. Se ha encontrado que altos niveles de coacción están relacionados con menores niveles de motivación por el cambio (O'Hare, 1996; Prendergast, Greenwell, Farabee, & Hser, 2009), es decir, son constructos separados que correlacionan inversamente.

Durante décadas se ha tratado de determinar cuáles eran las causas del cambio terapéutico en los pacientes clínicos. Entre estos factores determinantes del éxito terapéutico se encuentra la motivación (Miller & Rollnick, 2008). La investigación ha demostrado que el aumento de la motivación se relaciona con una mayor participación en el tratamiento y mejores resultados en

este (Prendergast et al., 2009; Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman, & Childs, 2013). Además, se ha comprobado que, aumentando la motivación, se evitan los abandonos de la terapia y se aumenta la asistencia a sesiones (Taft, Murphy, Elliott, & Morrel, 2001).

Se considera la motivación de tal importancia que se ponen en duda los tratamientos coercitivos por considerar que los pacientes carecen de ella. Es por ello que se empieza a dar gran importancia a su estudio y al desarrollo de técnicas y programas para el desarrollo de la motivación, especialmente en pacientes coaccionados a la realización del tratamiento, ya que también se ha constatado que la realización de una preparación previa al tratamiento obligado legalmente para aumentar la motivación del grupo tiene consecuencias positivas en los resultados (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, & Corral, 2009; Musser, Semiatin, Taft & Murphy, 2008; Taft *et al.*, 2001). Además, se ha estudiado el efecto que tiene el uso de las técnicas de la Entrevista Motivacional en grupos de agresores comparándolos con grupos que no las utilizan, demostrando una mayor mejoría en las escalas de etapas de cambio, una disminución de la atribución externa de su responsabilidad y violencia y un reporte menos de abusos por parte de sus parejas (Alexander, Morris, Tracy & Frye, 2010; Kistenmacher & Weiss, 2008).

Inicialmente se definió la motivación como un rasgo estático que el cliente podía tener o carecer de él (Miller & Rollnick, 2008). Al mismo tiempo, se consideraba la motivación como responsabilidad del cliente, es decir, si este no estaba motivado, se consideraba fallo suyo.

Actualmente, y desde la perspectiva que se va a adoptar en esta investigación, se considera la motivación como un estado, y como tal es fluctuante según las circunstancias del sujeto, es decir, que está determinado por una serie de características externas e internas (Miller & Rollnick, 2008). Miller (1995, citado en Miller, 1999) define la motivación no como algo que se tiene sino como algo que se hace. Para este autor, la motivación implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia.

La motivación, por lo tanto, es fluctuante en las situaciones y en el tiempo. Aumenta y disminuye en intensidad, haciendo que la persona se encuentre en un estado dispuesto a actuar o no actuar. Por esto, se empieza a considerar que la motivación es algo que se puede modificar, no un rasgo estable, como se pensaba. Además, este cambio debe estar impulsado por el terapeuta, que adquiere un papel en el aumento de la motivación. Así como anteriormente el terapeuta se consideraba mero agente pasivo ante la motivación, ahora es tarea del clínico hacer surgir y aumentar la motivación (Miller, 1999). El terapeuta ayuda a los pacientes a que admitan sus comportamientos problema y se comprometan al cambio, que sí es responsabilidad de estos últimos. El terapeuta es el encargado de disminuir las resistencias del paciente y, de esta manera, motivarle.

Con respecto a este constructo de motivación, Prochaska y DiClemente (1982, citado en Miller y Rollnick, 2008) crearon el Modelo Transteórico del Cambio. De acuerdo con estos autores, existen una serie de etapas por las que una persona pasa en su camino hacia el cambio. En cualquier proceso de cambio, sea guiado o no por un terapeuta, la persona pasa por estas etapas varias veces antes de alcanzar el objetivo estable. Se disponen estas etapas de manera circular en la rueda del cambio.

La primera etapa es la de *precontemplación*, en la cual la persona no considera que tenga ningún problema o que necesite un cambio. A esta le sigue la *contemplación*, que se caracteriza por la ambivalencia, ya que se ve el cambio a la vez que se rechaza. En la determinación el sujeto le da una oportunidad al cambio, a lo cual sigue la *acción*. En esta etapa la persona lleva a cabo acciones para el cambio. Durante el *mantenimiento* la persona conserva los cambios conseguidos. La etapa de *recaída* puede producirse o no, y hará a la persona girar de nuevo en la rueda.

El hecho de que los pacientes obligados acudan a terapia de forma coercitiva hace suponer que habrá un gran porcentaje de ellos que estén en la etapa *precontemplativa* y *contemplativa* del cambio (O Hare, 1996; Taft et al., 2001). Esta etapa, como se ha comentado anteriormente, implica que el sujeto no reconoce la existencia de ningún problema, por lo que no está dispuesto a realizar ningún cambio en su vida con respecto a él. Lógicamente, si la motivación se ha supuesto como un prerrequisito para conseguir el éxito en terapia y las personas que han sido obligadas a acudir carecen de ella, cabe suponer que estas personas obtendrán peores resultados en la terapia que las personas que acuden voluntariamente. Paradójicamente, algunas investigaciones no muestran tal correlación entre la falta de motivación inicial y el resultado de la terapia (Snyder & Anderson, 2009; Wolfe et al., 2013).

Sin embargo, otros estudios han encontrado que la etapa del cambio en la que se encuentra el paciente se relaciona con factores determinantes en el éxito de la terapia. Los estadios *contemplativo* y *precontemplativo* se han relacionado con aspectos como el abandono de la terapia, la pobre mejora en ella y la correcta formación de la alianza terapéutica (Snyder & Anderson, 2009). Por lo tanto, existen datos que apuntan a que la motivación juega un papel fundamental en el desarrollo de la terapia, sin embargo, no es necesario que exista una motivación inicial para que se produzca el éxito en la terapia.

Otra variable fundamental en el contexto de hombres condenados por violencia de género y su tratamiento ha sido la Atribución de la Responsabilidad. Se ha observado repetidamente que hay en estos sujetos una tendencia a la no asunción de la responsabilidad por el delito cometido (Lila, Gracia & Herrero, 2008; Lila, Gracia & Herrero, 2012), sino que más bien atribuyen su conducta a factores externos como problemas económicos, abuso de sustancias o incluso responsabilizan a su pareja de los conflictos y de cómo ellos los manejan (Lila et al., 2008). En el tratamiento de

estos hombres se ha considerado fundamental intervenir sobre esta variable y hacer a estas personas responsables de su conducta. Esto se debe por una parte a que estos programas se basan en la premisa de que las personas que entran en ellos utilizan la violencia como forma de control (Medina, 2002 citado en Lila *et al.*, 2008a), por lo que se les deberá confrontar con las consecuencias de su conducta. Por otro lado, algunos autores aseguran que la no asunción de esta responsabilidad aumenta el riesgo de reincidencia (Lila *et al.*, 2008a). Por último, se ha encontrado relación entre la atribución interna de la responsabilidad de la conducta y un mejor resultado en terapia, ya que aumenta el control percibido por el sujeto para el cambio (Brewin & Shapiro, 1984; Delsignore, Carraro, Mathier, Znoj & Schnyder, 2008).

Alianza Terapéutica

La alianza terapéutica es una parte de la relación terapéutica a la que se ha dedicado mucha atención e investigación por su gran relevancia en el resultado de la terapia. Numerosos estudios sitúan el éxito de la terapia en la alianza terapéutica, prediciendo que este está entre un 36% y un 57% (Corbella, 2003). Lambert (1992, citado en Corbella, 2003) estableció la proporción de mejoría del paciente explicada por la alianza en un 30%, mientras que la de las técnicas estaba en un 15%. Tras muchos años de investigación, se ha podido comprobar que la calidad de la alianza es sin duda el mayor predictor del éxito de la alianza terapéutica. Además, se ha podido observar que la alianza terapéutica, que está relacionada con la habilidad terapéutica, tiene más peso que la modalidad terapéutica que se utilice (Safran & Muran, 2005).

El concepto de alianza terapéutica nace con Sigmund Freud en sus obras iniciales sobre la transferencia. Con ella se refiere al desplazamiento de afectos de una persona a otra. Distingue entre transferencia positiva y negativa. Al mismo tiempo reconoce un tipo de transferencia que hace que el paciente obtenga la motivación necesaria para colaborar con el terapeuta en el tratamiento. Igualmente, admite el afecto como algo que ayuda al impulso de la terapia y al compromiso del paciente (Safran & Muran, 2005). A partir de las conclusiones de Freud la alianza terapéutica es analizada por diversos autores de diferentes corrientes terapéuticas.

Actualmente existen dos definiciones de referencia de la alianza terapéutica. La primera de ellas es la de Luborsky (1976, citado en Corbella, 2003) que distingue entre alianza tipo I, que ocurre al inicio del tratamiento y se relaciona con el apoyo y ayuda que percibe el paciente por parte del terapeuta, y la alianza tipo II, en fases posteriores y tiene que ver con el trabajo conjunto para el avance terapéutico. Una segunda definición es la aportada por Bordin (1979) que considera que la alianza está formada por tres componentes. El primero de ellos es el acuerdo con las tareas, el segundo el vínculo positivo y el último el acuerdo en los objetivos. Bordin consiguió una

definición de la alianza que fuera válida para los diferentes enfoques, dándole un carácter transteórico (González, 2005).

Alejándose de posturas anteriores, que consideraban que la alianza era responsabilidad terapéutica, se pasa a considerar la alianza como una construcción conjunta que surge de la negociación entre el terapeuta y el cliente acerca de los objetivos de la terapia (Corbella, 2003).

Por tanto, la formación de la alianza terapéutica depende de variables del paciente, de variables del terapeuta y de variables de la interacción entre ellos (González, 2005). Algunas características comunes en las personas que acuden a los programas que nos ocupan -como la hostilidad, la actitud negativa o la falta de motivación- dificultan la aparición de la alianza. Por ello cabría esperar que entre el terapeuta de los programas y los penados por violencia de género no se estableciesen esos niveles óptimos de alianza, sin embargo, se ha podido comprobar que es posible que estos se creen (Wolfe *et al.*, 2013, Taft, Murphy, King, Musser, & DeDeyn, 2003). Además, se ha investigado en población agresora los efectos de esta en el resultado de terapia viéndose que la alianza terapéutica se relaciona con menos niveles de abuso (Taft *et al.*, 2003; Brown & O'Leary, 2000 citado en Saunders, 2008).

Es complicado establecer una buena alianza terapéutica con sujetos que acuden a terapia de forma coaccionada; sin embargo, establecerla es crucial para aumentar la motivación de los pacientes (Taft & Murphy, 2007). Por otro lado, la motivación parece ser un fuerte predictor de la alianza (Connors *et al.*, 2000, citado en Taft, Murphy, Musser, & Remington, 2004). Por lo tanto, son dos variables relacionadas y se han encontrado pruebas de que, en general, los pacientes coaccionados tienen potencial para ser motivados e involucrados en el proceso de cambio (Rosen *et al.*, 2004, citado en Wolfe *et al.*, 2013).

Cohesión Grupal

La cohesión grupal es un constructo que con el paso del tiempo ha tenido numerosas definiciones y conceptualizaciones. A lo largo de los años el concepto de cohesión grupal ha ido cambiando, siendo objeto de numerosos debates, habiendo muy poco consenso en su definición. Es debido a esta falta de concordancia entre todas ellas, que aún existe actualmente, que ha sido complicado realizar investigaciones al respecto con resultados semejantes (Bednar & Kaul, 1994, citado en Taft *et al.*, 2003; Dion, 2000; Lorentzen, Sexton & Høglend, 2004; Marziali, Munroe-Blum & McCleary, 1997). En este proceso, se ha llegado a sostener que la cohesión grupal es un constructo multidimensional (Dion, 2000; Marziali *et al.*, 1997).

La evidencia mantiene que los dos factores principales de la cohesión serían: la estructura de la relación y la calidad de la relación (Burlingame *et al.*, 2011). La primera dimensión, relacionada

con la estructura del grupo, distinguiría la horizontal, refiriéndose a las relaciones que se dan entre los miembros del grupo y la vertical, que tiene que ver con la percepción de cada miembro sobre la competencia y calidez del terapeuta. Es por ello que se consideran dos factores en esta dimensión: miembro-miembro y líder-miembro (Burlingame *et al.*, 2011). La dimensión referida a la calidad de la relación a su vez parece poseer tres factores: vínculo positivo (tanto entre miembros como de estos con el terapeuta), trabajo positivo (es decir, las metas y tareas del trabajo en terapia) y relación negativa (referido a conflictos en el grupo y falta de sintonía con el terapeuta) (Burlingame *et al.*, 2011).

En ocasiones se ha considerado la cohesión grupal análoga de la alianza terapéutica en contexto de terapia grupal (Budman *et al.*, 1989 citado en Taft *et al.*, 2003). Mientras que la alianza se define como la relación entre el terapeuta y cada uno de los miembros del grupo, la cohesión grupal es la relación de todos los miembros del grupo, incluido el terapeuta (Burlingame *et al.*, 2001). Sin embargo, esta analogía tampoco está tan clara, ya que hay estudios que han encontrado resultados que muestran diferencias significativas en el impacto de ambos constructos (Taft *et al.*, 2003).

Debido a la consideración análoga de la alianza terapéutica y la cohesión grupal, se ha estudiado si esta última correlacionará de la misma forma con los resultados en terapia que la primera. En abundantes investigaciones se ha mostrado la relación existente entre los resultados en terapia y la cohesión (Lorentzen, *et al.*, 2004; Marziali *et al.*, 1997; Beech & Fordham, 1997 citado en Taft *et al.*, 2003), al igual que se encuentran con la alianza. Además, se ha encontrado relación entre la alianza y la cohesión (Marziali *et al.*, 1997; Budman *et al.*, 1989 citado en Taft *et al.*, 2003), a pesar de lo cual aún no está clara cual es esta relación (Marziali *et al.*, 1997).

En cuanto al estudio de estas variables en población de hombres maltratadores, se ha podido ver cómo tanto la alianza terapéutica como la cohesión grupal se relacionaron con menos niveles de abuso (Taft *et al.*, 2003). Además, se ha encontrado que desarrollar relaciones cercanas con otros miembros del grupo reduce sentimientos de soledad y dependencia de estas personas (Bernard & Bernard, 1984, citado en Schwartz & Waldo, 1999). A pesar de otros factores, existe una tendencia natural a la creación de vínculo entre los miembros de estos grupos (Schwartz & Waldo, 1999).

En esta investigación se aborda la cohesión grupal en la dimensión miembro-miembro, mientras que la dimensión miembro-terapeuta se contempla en la medida de la alianza terapéutica. Por lo tanto, veremos cómo funciona cada una de las dimensiones de cara al tratamiento terapéutico.

Objetivos e Hipótesis

En esta investigación el objetivo es analizar la relación entre las variables de alianza terapéutica y cohesión grupal y el cambio producido en terapia (medido como motivación al cambio y atribución de la responsabilidad) en un contexto coercitivo. Como objetivos específicos nos proponemos conocer cuál es la motivación inicial de los hombres condenados por violencia de género para la realización del programa de terapia y dónde sitúan estos la responsabilidad del hecho que les llevó a ser condenados. En segundo lugar, qué niveles de alianza y de cohesión grupal se establecen en estos grupos. Por último, nos interesa analizar cómo se relacionan estas variables y si la alianza y la cohesión grupal influyen en el proceso de cambio, específicamente en las variables de atribución de la responsabilidad y la motivación al cambio.

De esta manera se quiere comprobar si realmente los pacientes obligados acuden con bajo grado de motivación (en estadios iniciales del cambio: precontemplación y contemplación) y si esta se relaciona con una peor formación de la alianza terapéutica o una peor cohesión grupal, consideradas esenciales en el éxito de la terapia. Además, podremos ver cuál de las dos variables, alianza y cohesión, se relacionan mejor con los buenos resultados de la terapia, medidos como se ha mencionado anteriormente.

H1. Existe un perfil motivacional y en atribución de la responsabilidad en este contexto y para estos sujetos.

H1.1: El perfil motivacional será mayoritariamente precontemplativo y contemplativo

En relación con la motivación, en un contexto coercitivo se darán mayor cantidad de puntuaciones precontemplativas y contemplativas. Dado que los pacientes con los que tratamos son involuntarios, se espera que una gran parte de ellos no perciban el problema, por lo que se encontrarán en la etapa precontemplativa del cambio (O'Hare, 1996).

H1.2: El perfil atribucional será de una falta de asunción de la responsabilidad.

En diferentes investigaciones posteriores se ha podido observar que hay en los hombres condenados por violencia de género una tendencia a la no asunción de la responsabilidad por el delito cometido (Lila, *et al.*, 2008; Lila *et al.*, 2012), sino que más bien atribuyen su conducta a factores externos (Lila *et al.*, 2008).

H2: Las puntuaciones iniciales bajas en motivación (URICA-DV) no se asociarán a bajos niveles de alianza terapéutica (WAI) ni con bajos niveles de cohesión grupal (GCS) medidos en la sesión 10.

Aunque las distintas investigaciones sobre la motivación y su relación con la formación de la alianza no han llegado a una conclusión común, muchas de ellas coinciden en que no existen diferencias en los resultados de la terapia atendiendo a la motivación inicial de los participantes (Wolfe *et al.*, 2013), los cuales están estrechamente relacionados con la alianza. Por lo tanto, a pesar de una baja motivación, se puede establecer una buena alianza. Además, se ha podido observar en los estudios con este colectivo que se llega a establecer una buena cohesión grupal (Schwartz & Waldo, 1999; Taft *et al.*, 2003). Se estima que la alianza y la cohesión están formadas ya a partir de la sesión 6 (Horvath & Bedi, 2002, citado en González, 2005), por lo que se toma la medida de la sesión 10 como predictora de la alianza ya establecida y más o menos constante.

En este estudio se baraja la hipótesis de que los pacientes con baja motivación podrán desarrollar una fuerte alianza terapéutica (Ilgen *et al.*, 2006) y una buena cohesión grupal.

H3: Se espera encontrar un incremento de las puntuaciones de la motivación (URICA-DV) y la atribución de la responsabilidad (EAR) entre la sesión 1 y en la sesión 10.

H3.1: Esta relación se ve modificada por el efecto de la alianza terapéutica (WAI-S).

H3.2: Esta relación se ve modificada por el efecto de la cohesión grupal (GCS).

H3.3: No se esperan diferencias significativas entre el efecto de la alianza terapéutica (WAI-S) y de la cohesión grupal (GCS) en la motivación (URICA-DV) y atribución de la responsabilidad (EAR).

El establecimiento de una buena alianza terapéutica (WAI) estará relacionado con un aumento de los niveles de motivación (URICA-DV) y de atribución de la responsabilidad (EAR), lo mismo que ocurrirá con el establecimiento de una buena cohesión grupal (GCS).

Debido a que la alianza es un buen predictor de los resultados en terapia (Corbella, 2003), el buen establecimiento de esta debería de relacionarse con mejoras en la motivación (ya que sin ella no puede haber progresos terapéuticos) y en la atribución de la responsabilidad, siendo esta uno de los principales objetivos de la terapia sobre los que se deberían conseguir resultados.

Ya que la cohesión grupal, también contribuye al progreso en la terapia (Taft *et al.*, 2003), cabe esperar resultados positivos en motivación y atribución de la responsabilidad relacionados con ella de forma similar a como lo hará la alianza terapéutica (Budman *et al.*, 1989 citado en Taft *et al.*, 2003; Burlingame *et al.*, 2001).

Metodología

Participantes

Este estudio se realizó con 58 hombres condenados por violencia de género que participaban voluntariamente en la investigación, con edades entre los 18 y los 72 años. Todos eran usuarios del Programa de Intervención para Agresores de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Se trata de un programa que forma parte de las Medidas Alternativas de Cumplimiento de Penas en el que los participantes acuden durante 33 sesiones de dos horas una vez por semana a una terapia de grupo. Después de estas sesiones, tienen una sesión número 34 (de seguimiento) al mes de realizar la 33. Además, cada uno tiene obligatoriamente que asistir a una sesión individual de una hora. Se trata de un programa por el que estos hombres computan su pena si esta es menor de 24 meses, por lo que no entran en prisión a cambio de la realización de del programa. Todos ellos habían sido condenados a entre 4 y 24 meses de cárcel por delitos de violencia de género de diversa índole, como amenazas, insultos y agresiones menores a sus parejas.

Estos hombres participaron en 7 grupos terapéuticos diferentes. Los grupos se desarrollaron en dos lugares diferentes de la Comunidad de Madrid: en el Centro de Inserción Social Victoria Kent (Madrid) y en el Centro de Inserción Social Josefina Aldecoa (Navalcarnero). Estos grupos, a su vez fueron llevados por dos terapeutas mujeres diferentes. A continuación, se muestra una tabla con algunas características de cada grupo:

<i>Grupo</i>	<i>Terapeuta</i>	<i>Nº Miembros</i>	<i>Ubicación</i>
1	A	11	CIS Victoria Kent
2	A	7	CIS Victoria Kent
3	A	8	CIS Victoria Kent
4	B	13	CIS Josefina Aldecoa
5	B	5	CIS Josefina Aldecoa
6	B	8	CIS Josefina Aldecoa
7	B	6	CIS Josefina Aldecoa

Instrumentos.

Para la realización de esta investigación se utilizaron cuatro instrumentos de medida. Dos de ellos no traducidos al castellano, por lo que se realizó la traducción con la previa consulta a expertos en el idioma correspondiente.

Escala de Evaluación para el cambio de la Universidad de Rhode Island- Violencia Doméstica (URICA-DV; Levesque, Gelles & Velicer, 2000) (Anexo 1). Es un instrumento basado en el modelo teórico desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982) sobre las etapas del cambio. La versión *URICA-DV* difiere de la versión *URICA* en que hace mención específica a la violencia doméstica y evalúa la disposición de los hombres para cambiar el comportamiento violento hacia sus parejas. Consta de 20 ítems tipo Likert que puntúan desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo) y que se dividen en cuatro fases: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. La puntuación de cada escala se obtiene sumando los ítems que la forman entre ellos. También se puede obtener lo que los autores denominan RCI (Readiness to Change Index) o Índice de Disposición al Cambio sumando las puntuaciones Contemplación, Acción y Mantenimiento y restando la puntuación Precontemplación. Los datos que ofrecen los autores de consistencia interna (Coeficiente alfa) son los siguientes: $\alpha_{\text{Precontemplación}} = ,72$; $\alpha_{\text{Contemplación}} = ,73$; $\alpha_{\text{Acción}} = ,81$; y $\alpha_{\text{Mantenimiento}} = ,68$. Los análisis indicaron la existencia de cuatro factores que se corresponden con las cuatro subescalas.

Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981) (Anexo 2). En este caso se utiliza de la versión breve del WAI, es decir el WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989), traducida al español (Andrade-González & Fernández-Liria, 2016). Este instrumento trata de medir la alianza terapéutica definida tal y como lo hizo Bordin (1979), por lo tanto, divide a sus ítems en tres escalas que corresponden a los tres componentes de la alianza según este autor: acuerdo con las tareas, acuerdo en los objetivos y vínculo entre terapeuta y paciente. La versión corta consta de 12 ítems que puntúan en escala tipo Likert de 1 (nada) a 7 (totalmente), por lo que cada escala la componen cuatro ítems. La puntuación del WAI-S puede oscilar entre 12 y 84 puntos. La correlación de Spearman (validez) entre las subescalas de WAI-S-P varió de 0,69 a 0,76. La fiabilidad en términos de consistencia interna se mide con el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = ,93$. Los valores de alfa de las diferentes escalas son: $\alpha_{\text{Vínculo}} = ,87$; $\alpha_{\text{Objetivos}} = ,78$; $\alpha_{\text{Tareas}} = ,80$.

Group Cohesiveness Scale (GCS; Wongpakaran et al., 2013) (Anexo 3). El GCS es una escala de siete ítems tipo Likert, donde las puntuaciones van desde 1 (“Muy en desacuerdo”) a 5 (“Muy de acuerdo”). Estos ítems se dividen en dos subescalas: *compromiso* y *cohesión*. La primera está formada por cinco ítems de la subescala *compromiso* de la versión breve del Group Climate Questionnaire. La segunda subescala la conforman dos ítems de la subescala *cohesión* del Therapeutic Factors Inventory (TFI) ya que se vio que sólo esos dos ítems predecían el 97% de la varianza (estos son "Me siento aceptado por el grupo" y "En mi grupo confiamos el uno en el otro"). Las pruebas de consistencia interna arrojaron un alfa de Cronbach de 0.87 (Wongpakaran et al., 2013).

Escala de Atribución de la Responsabilidad (EAR, Lila et al., 2008a) (Anexo 4). Se trata de una escala construida y validada específicamente para población de hombres condenados por violencia de género. Evalúa dónde sitúan estos la responsabilidad del hecho que les llevó a ser condenados. Se trata de una escala tipo Likert (1 = *totalmente en desacuerdo*, 2 = *en desacuerdo*, 3 = *indiferente*, 4 = *de acuerdo*, 5 = *totalmente de acuerdo*) de 8 ítems. Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de ,70 lo que indica una adecuada consistencia interna. Son tres factores los que se encuentran en esta escala: *Culpabilización de la víctima* ($\alpha = ,73$), *Defensa Propia* ($\alpha = ,79$) y *Auto-atribución de culpa* ($\alpha = ,70$) (Lila et al., 2008). El primero y el tercero de ellos cuentan con 3 ítems, mientras que el segundo cuenta con dos.

Procedimiento

Se aplicó un diseño de estudio observacional, es decir, la investigación se basó en la recogida de datos y su posterior análisis estadístico, sin manipular ninguna de las variables.

Para acceder a los participantes en la investigación se contó con la colaboración de la asociación H-Amikeco. Se obtuvo la muestra de siete grupos de hombres condenados por violencia de género que debían cumplir el Programa de Intervención para Agresores en esta asociación.

Los participantes cumplimentaron una serie de cuestionarios en diferentes sesiones de la terapia grupal. Los datos que se obtuvieron de su participación fueron utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte del equipo de la persona que la lleva a cabo, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pudiera acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún caso se hicieron ni harán públicos sus datos personales.

Al inicio del programa se informó a todos los participantes del carácter voluntario de la investigación. Los que se ofrecieron a participar leyeron y firmaron previamente un consentimiento informado (Anexo 5), después de lo cual se les aplicaron los cuestionarios *URICA-DV*, *AR*, *WAI-S* y *CGS* en la primera sesión y una segunda vez en la décima sesión.

La recogida de datos fue realizada por la alumna a cargo de la investigación. Una vez obtenidos los datos, fueron procesados con el programa SPSS 24.

Análisis de datos

Además de algunos estadísticos descriptivos (media, desviación típica, varianza y aseimetría), se utilizaron los siguientes estadísticos:

a) *Profile Analysis.*

Para analizar los perfiles motivacionales de esta población y en este contexto (H1) se utilizó un análisis de medidas repetidas. Por un lado, se compararon las medias de todas las subescalas por pares. Además, para comprobar si el perfil mayoritario es el de puntuaciones Precontemplativas y Contemplativas, se crearon dos nuevas medidas, que se compararon. La media de PC (*Precontemplación + Contemplación*), según esta hipótesis, será mayor a la media de AM (*Acción + Mantenimiento*).

b) Correlación de Pearson.

Se comprobó la relación entre: (1) motivación inicial para el cambio y alianza terapéutica (2) motivación para el cambio inicial y cohesión grupal (H2).

c) ANOVA de Medidas Repetidas.

La tercera hipótesis estudia la relación entre la motivación (*URICA-DV*) y atribución de la responsabilidad (*EAR*) medida al inicio del programa y unas sesiones después y cómo afecta la alianza terapéutica (*WAI-S*) y la cohesión grupal (*GCS*) al cambio que pudiera producirse. Para analizar esto, se realizó en primer lugar un ANOVA con el fin de comprobar si las dos medidas (pre y post) que predicen los resultados en terapia (*URICA-DV* y *EAR*) han cambiado de forma estadísticamente significativa.

d) ANCOVA de Medidas Repetidas.

En la misma hipótesis, se continuó el análisis comprobando el papel de la alianza terapéutica (*WAI-S*) y la cohesión grupal (*GCS*) en el cambio estadísticamente significativo que se presupone en las hipótesis de las variables motivación para el cambio (*URICA-DV*) y atribución de la responsabilidad (*EAR*).

Resultados

Tras el análisis de datos se encuentran los siguientes resultados:

H1. Existe un perfil motivacional y en atribución de la responsabilidad en este contexto y para estos sujetos.

H1.1: El perfil motivacional será mayoritariamente precontemplativo y contemplativo

Para contrastar esta hipótesis se obtuvieron primero los estadísticos descriptivos para, más tarde, utilizar un *Profile Analysis*. En él se compararon las medias de todas las subescalas por pares. Además, se contrastaron las medias de las puntuaciones de dos nuevas variables, PC que corresponde a la suma de las puntuaciones de Precontemplación y Contemplación y AM que corresponde a la suma de las puntuaciones de Acción y Mantenimiento. La media de PC, según esta hipótesis, será mayor a la media de AM.

Como puede apreciarse en la Tabla 3, si nos fijamos en la medida de la primera sesión, es decir, la motivación inicial, la media de P ($\bar{X} = 17,55$) es superior al resto, seguida por la media de C ($\bar{X} = 12,22$), que a su vez es mayor que A ($\bar{X} = 9,19$) y que M ($\bar{X} = 8,22$). La media de la medida del URICA en este momento es de $\bar{X} = 12,09$.

La media de los precontemplativos y contemplativos es $\bar{X} = 29,776$ y la de la subescala acción y mantenimiento juntas es de $\bar{X} = 17,414$.

Tabla 3. *Estadísticos descriptivos del URICA*

	N	Media	D. típica	Varianza	Asimetría
P1	58	17,55	4,776	22,813	-,459
C1	58	12,22	4,251	18,072	,642
A1	58	9,19	3,306	10,928	,932
M1	58	8,22	2,103	4,423	,467
PC	58	29,776	6,216	38,633	,616
AM	58	17,414	4,909	24,106	1,014
URICA_PRE	58	12,09	7,821	61,168	1,413

Nota. P, Precontemplación. C, Contemplación. A, Acción. M, Mantenimiento., PC, precontemplación+ contemplación. AM, acción+ mantenimiento.

En el Gráfico 2 podemos ver las medias de cada una de las subescalas del cuestionario URICA en el primera momento de medida: la primera sesión. En él se aprecia que las puntuaciones más

altas son las de los estadios más iniciales del cambio y van disminuyendo a medida que avanzan a estadios más avanzados.

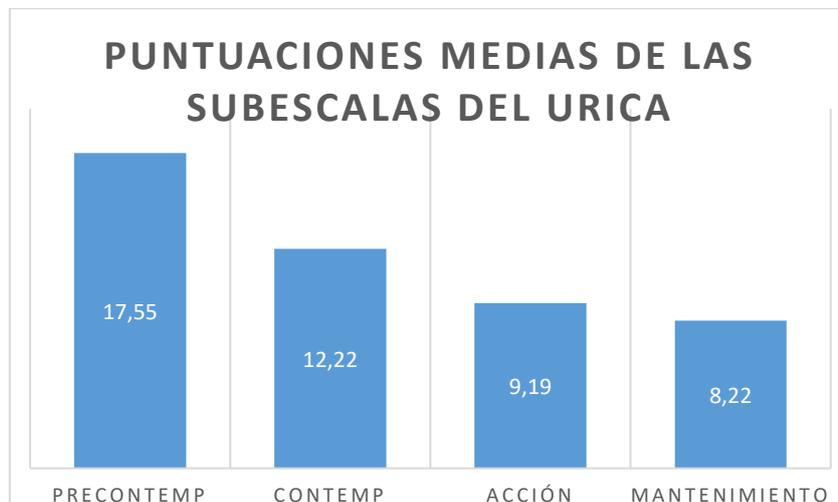


Gráfico 2. Puntuaciones medias de las subescalas del URICA medidas en la primera sesión.

Al realizar el *Profile Analysis*, se obtuvo $F(5, 285) = 311,549$; $p < ,01$, $\eta^2 = ,845$. Por lo tanto, existen diferencias significativas entre alguno de los pares de medias. Para determinar en cuales de ellas hay diferencias nos fijamos en la Tabla 4.

Tabla 4. *Profile Analysis para las subescalas URICA*

	Sig. (bilateral)
PC-AM	,000*
P-C	,000*
P-A	,000*
P-M	,000*
C-A	,000*
C-M	,000*
A-M	,088

Nota. Sig.-significación. * $p < ,01$

La prueba aplicada confirma la hipótesis de que existen mayor número de puntuaciones precontemplativas y contemplativas ya que da como resultado que la media de PC es significativamente mayor que la de AM ($p < ,01$). Al comparar las medias de las subescalas por pares podemos observar que entre todas ellas existen diferencias estadísticamente significativas, excepto entre la de Acción y Mantenimiento ($p = ,88$).

H1.2: El perfil atribucional será de una falta de asunción de la responsabilidad.

Obtenemos los estadísticos descriptivos de la medida pre del EAR, mostrados en la Tabla 5:

Tabla 5. *Estadísticos descriptivos de AR*

	N	Media	D. típica	Varianza	Asimetría
AR_PRE	58	21,05	5,901	34,822	,057
CV1	58	10,09	3,638	13,238	-,391
DP1	58	5,42	2,830	8,011	,342
AC1	58	5,72	2,882	8,309	1,010

Nota. CV, Culpabilización de la Víctima, DP, Defensa Propia, AC, Auto-atribución de la Culpa.

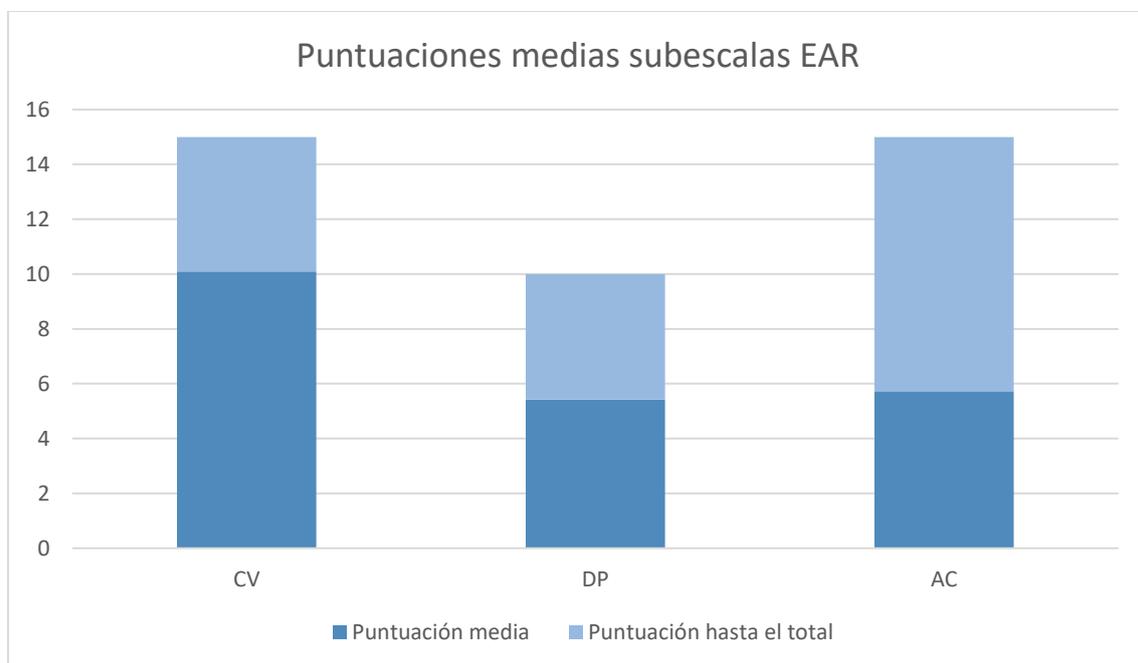


Gráfico 3. Puntuaciones medias de las subescalas del EAR medidas en la primera sesión.

H2: Las puntuaciones bajas en motivación (URICA-DV) no se asociarán a bajos niveles de alianza terapéutica (WAI) ni con bajos niveles de cohesión grupal (GCS).

Se utiliza en esta hipótesis la correlación de Pearson para comprobar la asociación entre las puntuaciones de motivación para el cambio y alianza terapéutica y cohesión grupal. Se correlacionarán las puntuaciones iniciales de motivación (medida pre) con las puntuaciones posteriores en alianza y cohesión (medidas post). De esta forma podremos comprobar si las puntuaciones iniciales en motivación se pueden asociar a un determinado establecimiento de las otras dos variables.

Al realizarla obtenemos que la correlación entre las puntuaciones del *WAI-S* y del *URICA-DV* es de $r = -,063$ ($p = ,636$) y la correlación entre el *GCS* y el *URICA-DV* es $r = -,104$ ($p = ,436$). Por lo tanto, mantenemos la hipótesis de falta de correlación entre las variables.

Obtuvimos, al mismo tiempo, los estadísticos descriptivos de alianza terapéutica y cohesión grupal y analizamos los niveles que se han podido establecer de ambas variables.

Tabla 6. *Estadísticos descriptivos WAI*

	N	Media	D. típica	Varianza	Asimetría
WAI_PRE	58	55,72	20,684	427,817	-,797
V1	58	19,22	7,675	58,911	-,519
O1	58	17,47	6,258	39,165	-,507
T1	58	19,03	8,398	70,528	-,622
WAI_POST	58	61,02	16,353	267,421	-,938
V2	58	22,43	6,153	37,864	-,971
O2	58	18,52	4,971	24,710	-,767
T2	58	20,07	7,551	57,013	-,575

Nota. V, Vínculos, O, Objetivos, T, Tareas.

En el Gráfico 4 vemos representadas las medias de las subescalas del WAI en la medida pre y post y cuál es el nivel de vínculo, acuerdo en objetivos y acuerdo en tareas que se han establecido en ambos momentos. Vemos que el nivel de Vínculo que se establece finalmente (medida post) es alto, el de acuerdo en objetivos es moderado-alto y el acuerdo en tareas es alto.

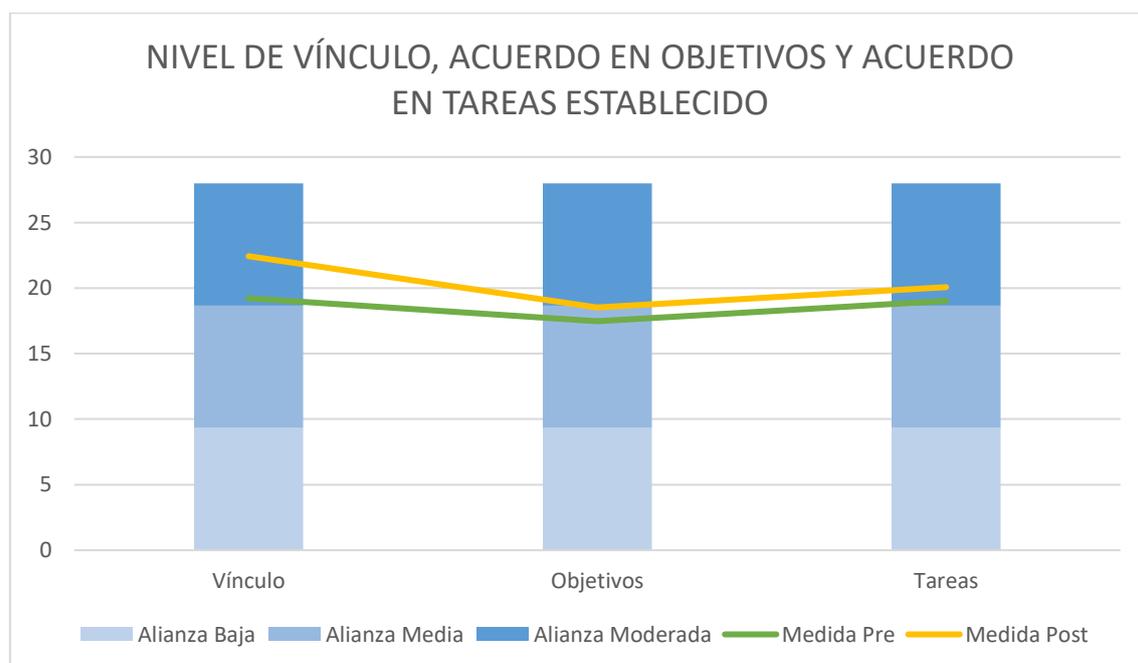


Gráfico 4. Puntuaciones medias de las subescalas WAI.

Podemos ver en el Gráfico 5 cómo la puntuación media del WAI para el total de la alianza terapéutica, cae en la zona alta del área moderada en un primer momento ($\bar{X} = 55,72$), mientras que en la décima sesión (medida post) la alianza es alta ($\bar{X} = 61,02$).

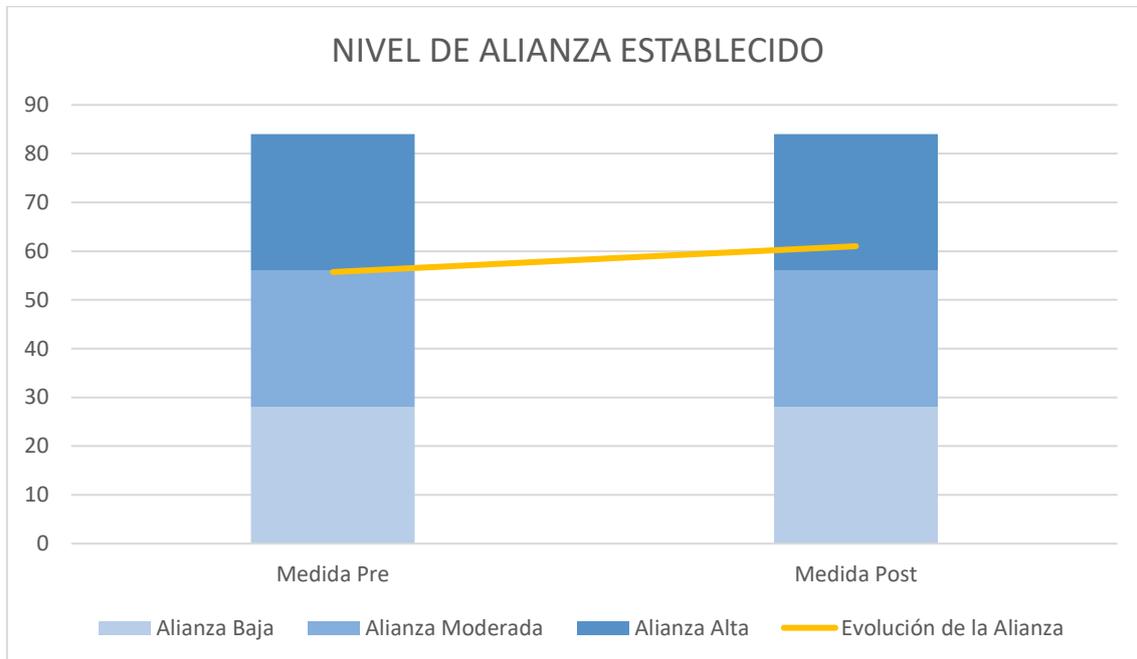


Gráfico 5. Puntuación media de alianza terapéutica (WAI) para la muestra seleccionada.

En cuanto a la cohesión grupal, vemos en la Tabla 7 que, tanto en cada una de sus subescalas como en la medida general, se establecen unos niveles muy altos ya desde el principio, e incluso aumentan con el tiempo.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos GCS

	N	Media	D. típica	Varianza	Asimetría
GCS_PRE	58	26,47	5,083	25,832	-,416
Cohesión1	58	7,69	1,769	3,130	-,631
Compromiso1	58	18,78	3,728	13,896	-,306
GCS_POST	58	29,22	3,812	14,528	,052
Cohesión2	58	8,74	1,319	1,739	-,738
Compromiso2	58	20,48	3,331	11,096	-,068

Por último, comprobamos si las diferencias entre las puntuaciones pre y post de estas dos variables son significativas. Tras realizar el ANOVA obtuvimos $F(1,171) = 169,045$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,748$. Se comprueba que son significativas las diferencias tanto entre el pre y el post del WAI ($p < ,01$) como del CGS ($p < ,01$).

H3: Se espera encontrar un incremento de las puntuaciones de la motivación (URICA-DV) y la atribución de la responsabilidad (EAR) entre la sesión 1 y en la sesión 10.

Para comprobar esta hipótesis, en primer lugar, se realizó un ANOVA de Medidas Repetidas, en el cual comprobamos si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post de las variables (y sus respectivas subescalas) de atribución de la responsabilidad y motivación para el cambio, las cuales consideramos indicadoras de cambio terapéutico en este contexto. Después de la aplicación de esta prueba para ambas variables, obtenemos: $F(3,171) = 24,291$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,299$. Concluimos que existen diferencias significativas entre alguno de los pares de medias. Para determinar en cuales de ellas hay diferencias nos fijamos en las comparaciones por pares de la Tabla 8, que nos indica que solo en las medidas pre-post del URICA-DV hay diferencias.

Tabla 8. ANOVA de Medidas Repetidas para las medidas pre y post del URICA-DV y EAR.

		Sig. (bilateral)
EAR	PRE-POST	1,000
URICA-DV	PRE-POST	,000*

Nota. Sig.-significación. * $p < ,01$

Asimismo, se realizó otro ANOVA de Medidas Repetidas con las subescalas de estas variables, de forma que se comprueba entre cuáles de ellas hay diferencias. Para las subescalas del URICA-DV se obtuvo: $F(7,339) = 44,733$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,440$. Por lo tanto, existen diferencias significativas entre alguno de los pares de medias. En la Tabla 9 se muestra que existen diferencias en las puntuaciones de la escala *precontemplación, contemplación y acción*.

Tabla 9. ANOVA de Medidas Repetidas para las medidas pre-post de subescalas URICA- DV

	Sig. (bilateral)
P PRE-POST	,000*
C PRE-POST	,000*
M PRE-POST	,001*
A PRE-POST	1,000

Nota. Sig.-significación. * $p < ,01$

Cotejamos estos resultados complementándolos con la información de la Tabla 10, en el que comparamos distintos estadísticos descriptivos y el Gráfico 6, donde podemos ver las medias de cada una de las subescalas del cuestionario URICA en los dos momentos de medida.

Tabla 10. *Estadísticos descriptivos del URICA*

	N	Media	D. típica	Varianza	Asimetría
P1	58	17,55	4,776	22,813	-,459
C1	58	12,22	4,251	18,072	,642
A1	58	9,19	3,306	10,928	,932
M1	58	8,22	2,103	4,423	,467
URICA_PRE	58	12,09	7,821	61,168	1,413
P2	58	13,48	4,338	18,815	-,085
C2	58	15,33	4,571	20,891	-,016
A2	58	12,09	5,072	25,729	,564
M2	58	8,78	2,938	8,633	,632
URICA_POST	58	22,7069	11,40638	130,106	,074

Nota. P, Precontemplación. C, Contemplación. A, Acción. M, Mantenimiento.

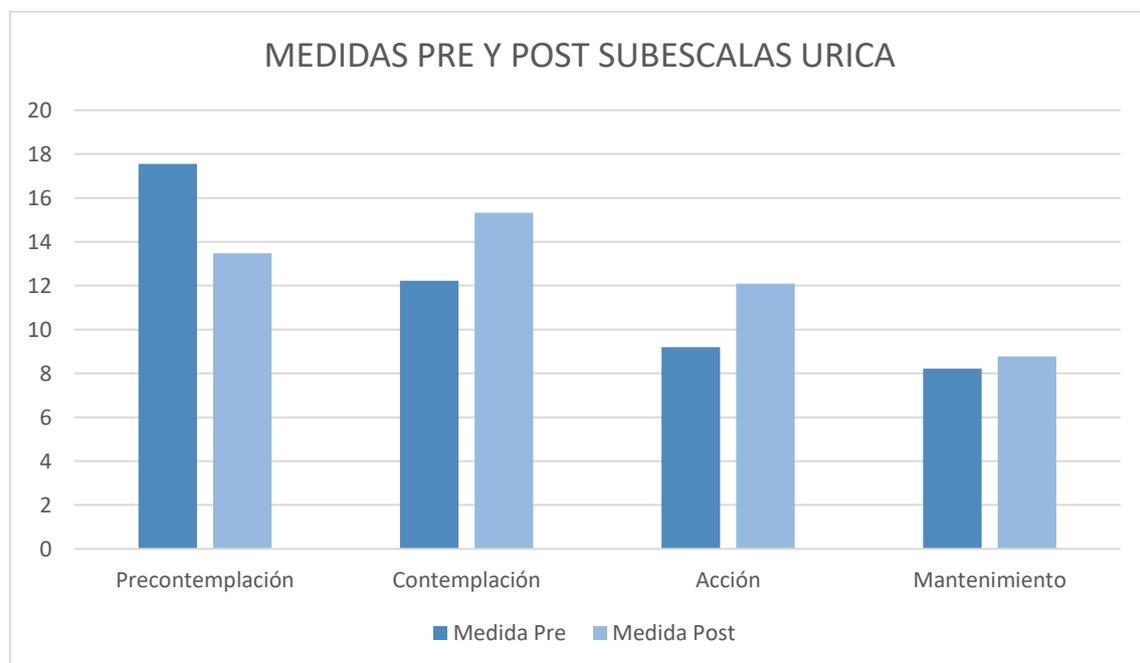


Gráfico 6. Puntuaciones medias de las subescalas del URICA en los dos momentos de medida.

Estos datos nos proporcionan información, no solo de si existen o no diferencias significativas, sino de cómo se han dado estas diferencias. Han disminuido significativamente las puntuaciones precontemplativas, mientras que las que han aumentado significativamente han sido las contemplativas y las de acción.

A pesar de haber encontrado diferencias significativas entre las medidas pre y post del EAR, se obtienen los estadísticos post (ya se habían obtenido los resultados pre), que aparecen en la Tabla 11. Se ve en el Gráfico 7, la diferencia entre el pre y el post que muestra una tendencia.

Tabla 11. *Estadísticos descriptivos de EAR*

	N	Media	D. típica	Varianza	Asimetría
AR_PRE	58	21,05	5,901	34,822	,057
CV1	58	10,09	3,638	13,238	-,391
DP1	58	5,42	2,830	8,011	,342
AC1	58	5,72	2,882	8,309	1,010
AR_POST	58	21,45	5,195	26,989	,296
CV2	58	8,98	3,148	9,912	-,127
DP2	58	5,40	2,534	6,419	,346
AC2	58	7,07	2,567	6,592	,294

Nota. CV, Culpabilización de la Víctima, DP, Defensa Propia, AC, Auto-atribución de la Culpa.
Sig.-significación. * $p < ,01$

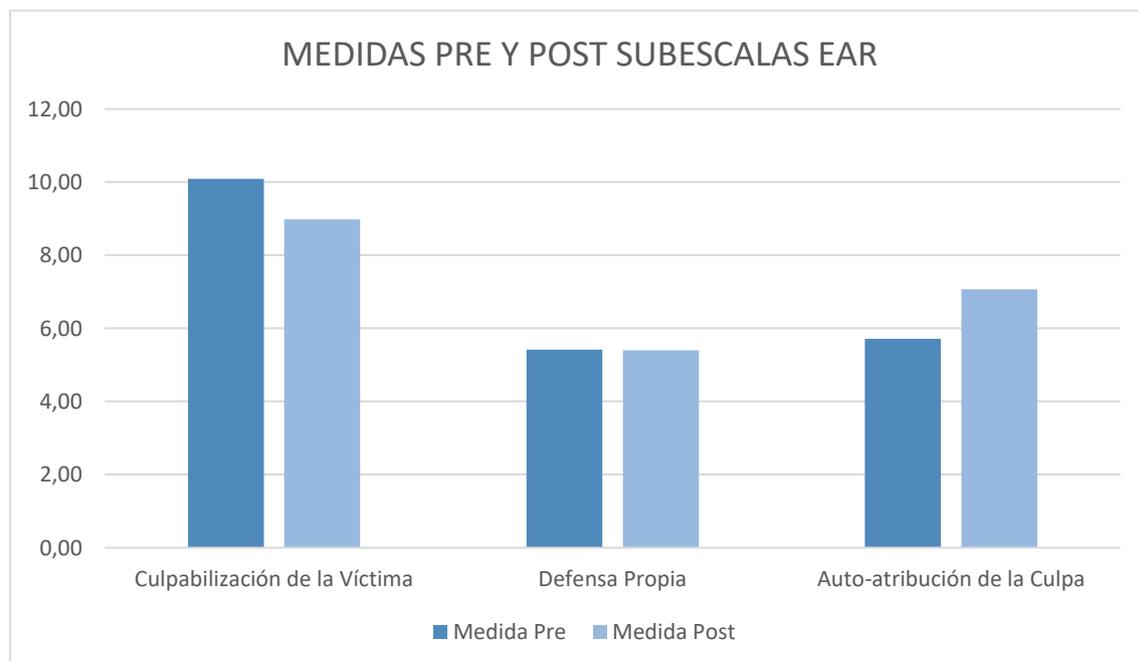


Gráfico 7. Puntuaciones medias de las subescalas del EAR en los dos momentos de medida.

H3.1: Esta relación se ve modificada por el efecto de la alianza terapéutica (WAI-S).

Se realizó un ANCOVA de Medidas Repetidas en el que se incluye como covariable la alianza terapéutica para comprobar si esta influye en el cambio que se ha podido observar en las puntuaciones del *URICA-DV*. No se realiza con el *EAR*, ya que no se han encontrado cambios estadísticamente significativos entre sus medidas pre y post.

Se obtuvieron los siguientes resultados: $F(1,56) = 8,940$; $p = ,004$; $\eta^2 = ,138$. Cuando se añade en el análisis la alianza terapéutica como covariable mediadora se obtienen unos valores de: $F(1,56) = 0,975$; $p = ,328$; $\eta^2 = ,017$.

En este caso, parece que al incluir la alianza como covariable, no se encuentran evidencias de que exista relación entre esta y el cambio ($p = ,328$).

H3.2: Esta relación se ve modificada por el efecto de la cohesión grupal (GCS).

Lo mismo que en el apartado anterior se realizó utilizando como covariable la cohesión grupal. Sin incluir la covariable obtenemos: $F(1,56) = ,0329$; $p = ,568$; $\eta^2 = ,006$. A la hora de incluirla, los resultados son: $F(1,56) = ,201$; $p = ,655$; $\eta^2 = ,004$.

En este segundo caso en el que la covariable es la cohesión grupal, podemos ver como la covariable parece no guardar relación con el cambio en las medidas pre y post de la motivación al cambio ($p = ,655$).

H3.3: No se esperan diferencias significativas entre el efecto de la alianza terapéutica (WAI-S) y de la cohesión grupal (GCS) en la motivación (URICA-DV) y atribución de la responsabilidad (EAR).

No se han podido encontrar evidencias de que la alianza terapéutica y la cohesión grupal tengan un efecto en el cambio terapéutico medido con las variables motivación al cambio y atribución de la responsabilidad. Por lo tanto, no se ha podido comprobar esta hipótesis.

Discusión

Este estudio se ha realizado con el fin de analizar el papel de la alianza terapéutica y la cohesión grupal, grandes predictores de éxito terapéutico, en una terapia realizada de forma coercitiva. Se ha hipotetizado que la motivación inicial para el cambio, que se presupone baja, no será un impedimento para el establecimiento de una buena alianza y cohesión. A pesar de que alianza y motivación estén relacionadas de acuerdo con numerosos estudios, el trabajo de la alianza por parte del terapeuta podrá aumentar los niveles de motivación, lo que hará que aumenten los niveles de alianza sucesivamente (Ilgen *et al.*, 2006; Schwartz & Waldo, 1999; Taft *et al.*, 2003).

De acuerdo con las predicciones iniciales, en el colectivo de hombres condenados por violencia de género predominan las puntuaciones Precontemplativas y Contemplativas. Además, se ha encontrado que las medias de las subescalas de la motivación aparecen ordenadas, es decir, las puntuaciones más altas son las de la escala *precontemplación*, seguida de *contemplación*, *mantenimiento* y *acción*, a pesar de que entre estas dos últimas no hay diferencias estadísticamente significativas.

Esto significa que la mayor parte de los participantes acuden al programa sin conciencia del problema y sin percibir ninguna necesidad de cambio en su vida (precontemplación). Al mismo tiempo, existe una menor proporción de actitudes contemplativas, que implica una moderada conciencia del problema y sentimientos de ambivalencia acerca del cambio, el cual considera y rechaza a la vez.

Investigaciones realizadas anteriormente predicen y encuentran en los grupos de pacientes obligados puntuaciones más altas en la subescala Precontemplación y algo más bajas en Mantenimiento (O'Hare, 1996), lo cual se ha podido encontrar en esta ocasión. En el colectivo que estamos tratando, el de condenados por violencia de género, los participantes han sido obligados judicialmente a acudir a terapia. Además, todos ellos están en régimen de suspensión de condena, esto es que han sido condenados a menos de 24 meses de cárcel por delitos considerados "menores". Todo ello puede contribuir a esta falta de conciencia de estas personas de la necesidad de cambio.

También se ha indagado en el perfil que presentarán estos sujetos en cuanto a la atribución de la responsabilidad. Basándonos en investigaciones en este colectivo y en nuestro país se hipotetiza que no existirá inicialmente una asunción de la responsabilidad (Lila, Gracia & Herrero, 2008a; Lila, Gracia & Herrero, 2012). Cuando analizamos las medidas pre de esta variable podemos observar que las puntuaciones altas se producen en la subescala *Culpabilización de la Víctima* ($\bar{X}= 10,09$), lo cual sugiere una atribución externa de esta responsabilidad y en concreto culpando a la mujer. Observamos puntuaciones bajas en la subescala *Auto-atribución de la Culpa* ($\bar{X}= 5,72$), lo cual implica una falta de reconocimiento de su propia responsabilidad. Por último,

existen puntuaciones medias en la subescala *Defensa Propia* ($\bar{X}= 5,42$), por lo que parecen defenderse de las atribuciones internas de la responsabilidad, achacando los hechos a su propia defensa. Estos resultados nos llevan hacia un perfil de agresor que pone la responsabilidad en lo que ha podido hacer la víctima que le ha “obligado” a actuar así, ignorando las posibles causas internas (abuso de sustancias, celos, forma de ser...) y sobre las que él tiene capacidad de control. Esto coincide con los resultados de obtención de perfiles de estos sujetos anteriores (Lila, Gracia & Herrero, 2008b).

En cuanto a la relación entre la motivación, la alianza y la cohesión grupal, encontramos que no existe una correlación significativa entre las puntuaciones del *URICA-DV* y del *WAI-S* ni entre las del *URICA-DV* y el *GCS*. Esto corrobora los resultados de las hipótesis anteriores, en las cuales aparece baja motivación por el cambio y sin embargo muestran que se ha podido establecer una buena alianza y cohesión. Por lo tanto, a pesar de las dificultades iniciales que supone una baja motivación por el cambio para la formación de la alianza y la cohesión, los resultados muestran que estas pueden formarse correctamente. Es más, en los resultados podemos ver cómo desde el inicio del programa ya existen unos buenos resultados en estas variables que incluso mejoran con el paso de las sesiones.

Como se ha visto en los resultados, existen diferencias significativas entre la sesión 1 y la 10 tanto en alianza como en cohesión, por lo que en esas 10 sesiones se ha podido trabajar para mejorarla. Esto podría ocurrir porque en estas sesiones iniciales la alianza aún se está estabilizando, lo cual concordaría con las conclusiones de otros autores sobre la alianza (Horvath y Bedi, 2002, citado en González, 2005).

Esto se puede completar con los resultados del análisis de los tres componentes de la alianza. Hemos podido observar que, a pesar lo cercanas que están las puntuaciones entre las tres escalas del *WAI-S*, es *Vínculo* el que tiene mayor puntuación ($\bar{X}= 19,22$) tanto en la medida pre como en la medida post y el que más se ve incrementado con el paso de las sesiones. Mientras que las otras dos, se establecen en menores medidas y el incremento entre sesiones también es menor. Esto podría deberse a la forma en la que está planteado el programa de intervención. Este tiene las sesiones programadas, pero estas son sensibles a las necesidades de los participantes. Es decir, además del cronograma estipulado, se tratan los problemas y necesidades del grupo al margen del motivo de la condena, creando el sentimiento de acuerdo entre el terapeuta y los participantes en la adecuación de lo que se ve en sesión. Además, en el programa no se confronta abierta e inicialmente a los participantes, sino que se tratan diversos temas de utilidad para cualquier persona y relación humana que les proporcionan herramientas en su vida. Esto haría que los hombres pudiesen encontrar útiles y atractivos los asuntos tratados en sesión.

En cuanto a la relación entre la alianza y la cohesión grupal con los buenos resultados en terapia (medidos mediante las variables *Motivación al Cambio* y *Atribución de la Responsabilidad*). Hemos comprobado que se ha producido un aumento de la motivación estadísticamente significativo, esto ha sido, reduciéndose las puntuaciones precontemplativas y aumentando el resto. Sin embargo, no ha ocurrido dicho cambio en la atribución de la responsabilidad. Dentro de esta variable, sin embargo, encontramos un ligero aumento en la *Auto-atribución de la Culpa* y una ligera disminución de la *Culpabilización de la Víctima*. A pesar de los ligeros cambios no significativos en estas subescalas de la variable, estos van en la dirección que se desea. Es decir, el aumento del reconocimiento de la culpa y la disminución de la culpabilización de otros. Debido a la premura en la obtención de resultados, la medida post se ha tenido que hacer en la décima sesión, por lo tanto, puede que estos cambios se estén empezando a darse. Podrían ser que estuviésemos observando una tendencia incipiente y que pudieran verse más afianzados en sesiones posteriores.

Con relación a la tercera hipótesis, no se ha podido encontrar evidencias de que la alianza terapéutica influya de algún modo en los cambios encontrados en la motivación para el cambio. Esto contradice estudios anteriores que defienden que mediante la alianza terapéutica se consigue el progreso en la terapia (Corbella, 2003, Lambert 1992, citado en Corbella, 2003, Safran y Muran, 2005). En otras investigaciones, convendría indagar más acerca del papel de la alianza en este contexto y para estos sujetos. En el caso de la cohesión grupal, parece que tampoco tiene efecto en el cambio en motivación.

El hecho de que no exista relación entre esta y el cambio en la motivación podría deberse a que en este contexto particular la cohesión grupal genere el efecto contrario de unión contra el programa. Debido a las características particulares de los sujetos y el estado de desmotivación y sensación de rabia e injusticia, podría favorecer una muy rápida y fuerte cohesión pero que, lejos de beneficiar los objetivos del programa, pudieran boicotearlos, ya que la gran mayoría de ellos inician el programa viéndolo como algo innecesario.

Todos estos resultados tienen unas implicaciones de cara a la intervención con este colectivo. En primer lugar, el hecho de que la motivación tienda a puntuaciones precontemplativas y contemplativas conlleva una dificultad a la hora de trabajar con los participantes, ya que se deberá trabajar activamente en el aumento de su motivación durante las primeras sesiones de la terapia. Una buena forma de hacerlo podría ser incluyendo unas sesiones pre-programa en las que se trabajase esto. Existen investigaciones que apoyan estos pre-programas de motivación, ya que parece que aumentan el éxito de los resultados de la terapia comparándolos con los grupos que no lo reciben (Taft *et al.*, 2001). La aproximación transteórica asume que las intervenciones

concordantes con el estadio del cambio con el que se encuentre el paciente serán más eficaces de cara al tratamiento que cualquier otra aproximación (Begun *et al.*, 2003 citado en Saunders, 2008)

La falta de correlación entre las puntuaciones en motivación y alianza indican que es posible superar las dificultades iniciales y resistencias que ponen los pacientes para la formación de esta última. Es decir, es posible hacer que los participantes se involucren en el tratamiento de otra forma: mediante su vínculo con el terapeuta. Por ello, es fundamental que el trabajo del terapeuta se centre en la formación y mantenimiento de la alianza. En concreto, hemos podido ver cómo, de los tres elementos de la alianza, es precisamente el vínculo entre paciente y terapeuta definido como algo que “probablemente se siente y expresa por medio del aprecio, la confianza y el respeto mutuo, y por la percepción de que existe un compromiso común y una recíproca comprensión de las actividades psicoterapéuticas” (Bordin, 1994, p.16). en lo que más puntúan los participantes y lo que más se incrementa con el paso de las sesiones.

El hecho de que podamos ver que la alianza inicial se puede trabajar e incrementar hace que tengamos la capacidad de hacer énfasis en el trabajo de esta. Según investigaciones anteriores ya existe un acuerdo en que este es el momento crítico para el establecimiento de la alianza (Horvath & Bedi, 2002, citado en González, 2005). Parece que la alianza temprana es mejor la predictora del resultado de la terapia, por lo cual las primeras sesiones son especialmente importantes para el establecimiento de la alianza (Corbella, 2003; González, 2005). Además, cuando la alianza es establecida en las primeras sesiones, se mantiene estable a lo largo del resto de ellas (Knobloch-Fedders *et al.*, 2007 citado en Relvas & Sotero, 2014). Esto nos da una pista de que es en las sesiones iniciales en las que se debe trabajar con más ahínco en ella, pues estas parecen determinar el curso de la alianza en el resto de la terapia. Esto no quita que se tenga que seguir atendiendo a esta alianza pues no sabemos qué efecto puede tener el descuidarla.

Por otro lado, el hecho de que las puntuaciones de Tareas y Objetivos sean mayores de lo esperado, indican que la forma de enfocarlos en el programa es adecuada. Por lo tanto, más que un programa de intervención cerrado y confrontativo, se debería de aplicar uno más bien flexible y sensible a las necesidades de los participantes. Esto haría que el programa tuviera sentido para ellos y se abrieran más al trabajo de otros asuntos más relacionados con el motivo de condena, que pueden resultar más conflictivos. Además de aumentar con ello la alianza, en la medida que los pacientes se sientan identificados y ayudados por el programa y sientan que este es útil para su vida diaria, aumentará la motivación por él. Los asuntos que puedan llevar a mayores resistencias (como sería la violencia, la agresividad, la percepción de género, las creencias respecto a la mujer, etc.) deberían tratarse más avanzado el programa, cuando ya se hubiera podido establecer una buena alianza y motivación. Se ha investigado ya con anterioridad que muchos de los programas se centran más en la confrontación que en la creación de un vínculo

entre el paciente y el terapeuta y una cohesión entre los miembros del grupo, obtienen tienen resultados negativos (Taft et al., 2013).

En referencia a la atribución de la responsabilidad, se ha podido ver que se trata de un elemento clave para, tanto la continuada asistencia como el éxito de la terapia (Lila, Gracia & Herrero, 2008a; Brewin & Shapiro, 1984; Delsignore, Carraro, Mathier, Znoj & Schnyder, 2008). Es la asunción de la responsabilidad sobre su conducta, que se hagan cargo de las consecuencias que tiene su conducta y que se responsabilicen de los abusos que han cometido una tarea fundamental que debe estar incluida en estos programas (Medina, 2002 citado en Lila, Gracia & Herrero, 2008^a). Debido al perfil que hemos podido encontrar en esta investigación, según el cual inicialmente estos hombres no se responsabilizan de sus actos, sería conveniente el incluir tanto sesiones específicas como tratar transversalmente el tema de la responsabilidad con el fin de poder finalizar el programa con un aumento de esta. Asimismo, otras investigaciones recomiendan incluir una evaluación inicial y periódica durante el programa de esta variable (Lila, Gracia & Herrero, 2008^a).

Una de las mayores limitaciones de esta investigación el tiempo disponible para ser realizada. Dado que debía de ser entregada en unos plazos determinados, han tenido que obtenerse muestras post muy tempranas, por lo que el cambio podría no estar aún muy afianzado. Habría sido conveniente medir la motivación en sesiones finales de la terapia para comprobar si, por mediación de la alianza y la cohesión, se ha conseguido aumentar tanto la motivación para el cambio como la atribución de la responsabilidad. Esto no se ha podido hacer debido a que no se ha llegado a estas sesiones cuando se ha de finalizar el estudio.

Además, la muestra obtenida no ha sido muy numerosa. Por una parte, el número de sujetos ha sido moderado para poder extender los resultados a unas conclusiones más generales sobre todo el colectivo. Por otra parte, todos los participantes fueron voluntarios en cuanto a la participación, por lo tanto, podría ser que esto sesgase la muestra hacia los pacientes más motivados y dispuestos a colaborar en el programa.

De cara a seguir investigando acerca de este tema, sería provechoso indagar en qué otras variables han podido ser las impulsoras del cambio que se ha producido en terapia. Se ha producido un cambio estadísticamente significativo en la motivación y parece que hay ligeros cambios en la atribución de la responsabilidad, sin embargo, no se han encontrado evidencias en este estudio de que se relacionen con la alianza y la cohesión grupal. Por lo tanto, sería provechoso saber qué factores están influyendo en el cambio. El conocerlos implicaría poder trabajar en ellos que sería

un apoyo más al impulso de un modelo de intervención efectivo en este contexto y para este colectivo.

Para completar el estudio, también sería conveniente indagar en este colectivo y para este contexto en qué momentos concretos de la terapia se forma la alianza y la cohesión, ya que los resultados obtenidos en otras investigaciones son mayoritariamente en terapia individual voluntaria. De esta forma se podría conocer con más precisión cuales son las sesiones más cruciales para ello y centrarse en ellas en la intervención.

Al mismo tiempo, sería beneficioso el estudio de los elementos que componen la alianza incluyendo tanto los propuestos por Bordin (1979) como por Luborsky (1976, citado en Corbella, 2003), además de indagar en otros posibles elementos a los que los pacientes den importancia para la formación de un vínculo con el terapeuta. Esto sería útil para conocer en concreto sobre qué elementos se debe trabajar o cuáles se debe potenciar durante el tratamiento.

Por último, sería interesante indagar en cuál es el papel de la cohesión grupal en este colectivo y contexto particular ya que parece ser que no se encuentran los mismos resultados que en otras investigaciones sobre esta variable. Es posible que esto se deba a la prematuridad con la que se han recogido los datos post, ya que puede que todavía no se haya afianzado el cambio. O puede ser que, como se ha mencionado anteriormente, debido a las hostilidades y resistencias iniciales de los pacientes, esta variable actúe como un elemento más de resistencia o de unión contra el programa.

Referencias

- Alexander, P. C., Morris, E., Tracy, A., & Frye, A. (2010). Stages of change and the group treatment of batterers: A randomized clinical trial. *Violence and victims*, 25(5), 571-587.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology*, 35(1), 169-177.
- Boletín Estadístico Anual (2016). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/docs/BE_Anual_2016.pdf
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Brewin, C. R., & Shapiro, D. A. (1984). Beyond locus of control: Attribution of responsibility for positive and negative outcomes. *British Journal of Psychology*, 75(1), 43-49.
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42.
- Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales De Psicología*, 19(2), 205.
- Delsignore, A., Carraro, G., Mathier, F., Znoj, H., & Schnyder, U. (2008). Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 281-293.
- De Miguel, V. (2015) Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2015. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones*. Recuperado de: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2015/home.htm>

- Dion, K. L. (2000). Group cohesion: From "field of forces" to multidimensional construct. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4(1), 7.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & Corral, P. D. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2).
- González, N. A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica Y Salud*, 16(1), 9-29.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- Ilgén, M. A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 157-162.
- Kistenmacher, B. R., & Weiss, R. L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controlled trial. *Violence and Victims*, 23(5), 558-570.
- Levesque, D. A., Gelles, R. J., & Velicer, W. F. (2000). Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 175-199.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- Lila, M., Gracia, E. & Herrero, J., (2008). Atribución de responsabilidad y minimización en hombres penados por violencia contra la mujer: un instrumento de evaluación. *Psicología jurídica. Familia y victimología*, 271-279.
- Lila, M., Herrero, J., & Gracia, E. (2008). Evaluating attribution of responsibility and minimization by male batterers: Implications for batterer programs. *The Open Criminology Journal*, 1, 4-11.

- Lila, M., Gracia, E., & Herrero, J. (2012). Asunción de responsabilidad en hombres maltratadores: influencia de la autoestima, la personalidad narcisista y la personalidad antisocial. *Revista Latinoamericana de psicología*, 44(2), 99-108.
- Lorentzen, S., Sexton, H. C., & Høglend, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 33-40.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H., & McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(4), 475-497.
- Miller, W. (1999). Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. *Serie De Protocolo Para El Tratamiento*.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *La entrevista motivacional preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., Taft, C. T., & Murphy, C. M. (2008). Motivational interviewing as a pre-group intervention for partner-violent men. *Violence and Victims*, 23(5), 539-557.
- O'Hare, T. (1996). Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change. *Social Work*, 41(4), 417.
- Organización Mundial de la Salud (2016) Violencia contra la mujer, nota descriptiva nº 239. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> (ONU)
- Prendergast, M., Greenwell, L., Farabee, D., & Hser, Y. (2009). Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(2), 159-76.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos la alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid: Morata.
- Ruiz, S., Negro, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M., & Pérez, M. (2010). Violencia de género: programa de intervención para agresores (PRIA). Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Saunders, D. G. (2008). Group interventions for men who batter: A summary of program descriptions and research. *Violence and victims, 23*(2), 156-172.
- Schwartz, J. P., & Waldo, M. (1999). Therapeutic factors in spouse-abuse group treatment. *Journal for Specialists in Group Work, 24*(2), 197-207.
- Snyder, C. M. J., & Anderson, S. A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(3), 278-92.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, D. W., Musser, P. H., & DeDeyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(4), 812.
- Taft, C. T., & Murphy, C. M. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: Recent research and theory. *Journal of Family Violence, 22*(1), 11-18. doi:10.1007/s10896-006-9053-z
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Elliott, J. D., & Morrel, T. M. (2001). Attendance-enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology, 48*(1), 51-60.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 349-354. doi:10.1037/0022-006X.72.2.349
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology, 1*(3), 207.
- Ruiz, S., Negro, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M., Pérez, M. (2010) Violencia de género. Programa de Intervención para Agresores Ministerio del Interior. *Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.*
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors, 38*(5), 2187-2195.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Intachote-Sakamoto, R., & Boripuntakul, T. (2013). The Group Cohesiveness Scale (GCS) for Psychiatric Inpatients. *Perspectives in psychiatric care*, 49(1), 58-64.

ANEXOS

**Anexo I. Escala de Evaluación para el cambio de la Universidad de Rhode Island-
Violencia Doméstica (URICA-DV; Levesque, Gelles & Velicer, 2000)**

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un **tratamiento judicialmente obligado por violencia contra la pareja**. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de **cómo te sientes ahora mismo**, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

(1) Totalmente en desacuerdo	(2) Bastante en desacuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante de acuerdo	(5) Totalmente de acuerdo
------------------------------	----------------------------	------------------------------------	-------------------------	---------------------------

No puedo hacer nada para acabar con la violencia en mi pareja.	1	2	3	4	5
Estoy trabajando activamente en acabar con la violencia en mi relación.	1	2	3	4	5
Estoy empezando a ver que la violencia en mi relación es un problema.	1	2	3	4	5
He conseguido librarme bastante de la violencia, pero aún hay momentos en los que me tienta recurrir a ella.	1	2	3	4	5
He dejado de usar la violencia, pero a veces aún lucho con los viejos impulsos que me llevan a usarla como primer recurso.	1	2	3	4	5
La violencia en mi pareja no es un problema.	1	2	3	4	5
Hice algunos cambios y acabé con la violencia, pero tengo miedo de volver a cómo era antes.	1	2	3	4	5
Está bien usar la violencia siempre y cuando no hagas daño a nadie.	1	2	3	4	5
Desearía tener más ideas sobre cómo acabar con la violencia en mi relación.	1	2	3	4	5
Estoy realmente haciendo algo para parar mi comportamiento violento, no solo pensando en ello.	1	2	3	4	5
Aunque no he sido violento desde hace un tiempo, sé que es posible que lo vuelva a ser.	1	2	3	4	5
Estoy haciendo cambios importantes y acabando con la violencia en mi vida.	1	2	3	4	5
No puedo controlar mis impulsos violentos.	1	2	3	4	5
Estoy en un momento de mi vida en el que estoy empezando a sentir el impacto perjudicial de mi comportamiento violento.	1	2	3	4	5
Cada vez más veo como mi violencia hace daño a mi pareja.	1	2	3	4	5
Finalmente estoy haciendo algo para parar la violencia.	1	2	3	4	5
Aunque he hecho los cambios necesarios para llevar una vida libre de violencia, todavía hay momentos en los que estoy tentado a usarla.	1	2	3	4	5
Cada vez más me doy cuenta de que mi violencia está mal.	1	2	3	4	5
Aunque a veces es difícil, estoy trabajando en acabar con mi comportamiento violento en mi relación.	1	2	3	4	5
No veo el interés de centrarme en la violencia de mi relación.	1	2	3	4	5

Anexo 2. Working Alliance Inventory Short (Versión Española) (WAI-S; Andrade-González & Fernández-Liria, 2016)

WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI Short)
Versión del paciente

Primera letra del nombre de su madre
Primera letra del nombre de su padre
Día en el que naciste

Fecha:

Instrucciones

En esta página hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un paciente puede tener en relación con su terapeuta. Si la frase describe lo que usted opina o siente *siempre* acerca de su terapeuta, rodee con un círculo el número 7; si por el contrario *nunca* opina o siente así acerca de él, marque el número 1. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL. Su terapeuta no verá sus respuestas. No se detenga mucho en las preguntas; lo que nos interesa es su primera impresión. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. Gracias por su colaboración.

1. **Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer en la terapia para mejorar mi situación.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
2. **Lo que estoy haciendo en la terapia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
3. **Creo que a mi terapeuta le caigo bien.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
4. **Mi terapeuta no entiende lo que estoy intentando conseguir en la terapia.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
5. **Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
6. **Mi terapeuta y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
7. **Creo que mi terapeuta me aprecia.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
8. **Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
9. **Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
10. **Mi terapeuta y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis verdaderos problemas.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
11. **Mi terapeuta y yo entendemos qué tipo de cambios me vendrían bien.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
12. **Creo que estamos trabajando en mi problema de forma adecuada.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Anexo 3. Group Cohesiveness Scale (GCS; Wongpakaran et al., 2013)

Usted se encuentra en estos momentos en suspensión de condena cumpliendo un programa de intervención grupal. A continuación, encontrará una serie de afirmaciones referidas a cómo usted percibe a los miembros del grupo, usted incluido. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada, utilizando para ello la siguiente escala:

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de Acuerdo
---------------------------	--------------------	------------------	-----------------	------------------------

Me siento aceptado por los miembros del grupo.	1	2	3	4	5
En mi grupo confiamos los unos en los otros.	1	2	3	4	5
Los miembros del grupo se agradan y se preocupan unos por otros.	1	2	3	4	5
Los miembros del grupo intentan entender por qué hacen las cosas que hacen; tratan de razonarlo.	1	2	3	4	5
Los miembros del grupo tienen una sensación de que se participa.	1	2	3	4	5
Los miembros del grupo parecen hacer las cosas de la manera que creen que será aceptable para el grupo.	1	2	3	4	5
Los miembros del grupo expresan información o sentimientos personales.	1	2	3	4	5

Anexo 4. Escala de Atribución de la Responsabilidad y Minimización (EAR, Lila et al., 2008)

Usted se encuentra en estos momentos en suspensión de condena por violencia contra su pareja. A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada, utilizando para ello la siguiente escala:

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Totalmente de Acuerdo
----------------------------------	--------------------	------------------	-----------------	-------------------------------

1. El carácter agresivo, falta de control, nerviosismo o problemas psicológicos de mi pareja es la causa de que me encuentre en esta situación. (CV)	1	2	3	4	5
2. Mis celos son la causa de que me encuentre en esta situación (AC)	1	2	3	4	5
3. La bebida o uso de otras drogas es la causa de que me encuentre en esta situación (AC)	1	2	3	4	5
4. Me encuentro en esta situación por culpa de una falsa denuncia (CV)	1	2	3	4	5
5. Me encuentro en esta situación por haber actuado en defensa propia (DP)	1	2	3	4	5
6. Estoy aquí por las mentiras y exageraciones de mi pareja (CV)	1	2	3	4	5
7. Estoy aquí por haberme defendido de las agresiones de mi pareja (DP)	1	2	3	4	5
8. Mi forma de ser es la causa de que me encuentre en esta situación (AC)	1	2	3	4	5

Anexo 5. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Título del Estudio: Alianza terapéutica y cohesión grupal en contexto de terapia coercitiva.
Implicaciones para la intervención.

Descripción del estudio

El objetivo de este estudio es analizar cómo es el ambiente general del grupo de terapia y las relaciones entre compañeros y estos con el terapeuta. Además queremos conocer cuál es la motivación inicial para participar en el programa y por último, como influye todo esto en el proceso del grupo.

Para ello, los participantes deberán de rellenar una serie de cuatro cuestionarios a lo largo de las diez primeras sesiones de programa (sesión 1, sesión 6 y sesión 10) que posteriormente se analizarán por la persona encargada de la investigación. Estos cuestionarios se marcarán con una clave que solo el participante conocerá para garantizar el anonimato de cara a la investigadora.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte del equipo de la persona que la lleva a cabo, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He hablado con:

D/Dña: Ángela de la Fuente Martín

- Comprendo que mi participación es voluntaria y que tengo derecho a no consentir en la investigación.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto suponga ningún tipo de penalización o discriminación.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: