

Encuentros en Psicología

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental

MINDFULNESS Y VIOLENCIA DE GÉNERO: UN ESTUDIO DE CASO¹

Israel Mañas Mañas² y Laura Sánchez Sánchez
Universidad de Almería
imanas@ual.es

Resumen. Este trabajo resume sucintamente la metodología empleada en un estudio de caso con un joven maltratador hacia su pareja empleando principalmente técnicas de *mindfulness* provenientes la mayoría de ellas de algunas de las denominadas terapias de tercera generación. Los resultados muestran que *mindfulness* resultó efectivo para el tratamiento de la conducta violenta del maltratador y que estos resultados se mantuvieron en el tiempo. Se discute la utilidad del uso del *mindfulness* en el ámbito de la violencia de género.

Palabras clave. Mindfulness, conciencia plena, violencia de género, terapias de tercera generación.

Actualmente, el elevado índice de violencia contra las mujeres por parte de sus parejas y las graves consecuencias negativas que se derivan sobre la salud física y psicológica de las víctimas, así como la repercusión en los servicios sociales, es considerado un grave problema social y de salud pública (World Health Organization, 1998). La violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales, y está estrechamente relacionada con la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado (World Health Organization, 2002). La transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos son factores estrechamente relacionados con la etiología del problema (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004; Sarasua y Zubizarreta, 2000). A nivel mundial, la forma más común de violencia contra las mujeres es la denominada violencia doméstica o maltrato (físico, psicológico y/o sexual) ejercido contra las mujeres por su pareja o expareja íntima (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). La proporción más alta de muertes se registra en el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años de edad, es decir, entre las mujeres más jóvenes (Centro Reina Sofía, 2005). Se estima que al menos un 4% de las mujeres españolas sufren violencia habitual y hasta un 15% la han padecido en algún momento de su vida (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002). Teniendo en cuenta un estudio (Fontanil et al., 2005) la tasa de maltrato a la mujer por parte de su pareja es del 20%. Las principales consecuencias detectadas a largo plazo en las víctimas son: la depresión, el trastorno de estrés post-traumático, un nivel bajo de autoestima, un peor grado de adaptación a la vida cotidiana y un mayor riesgo de suicidio (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006; Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 2001; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua, y Zubizarreta, 1997; Mertin y Mohr, 2000; Moscicki, 1989).

¹ Parte del contenido de este trabajo fue presentado con el título "A case study of intimate partner violence treated by contextual therapies" en la Second World Conference on ACT, RFT, and Contextual Behavioural Science, Londres, Gran Bretaña, en julio de 2006; en la comisión del grupo de Psicología Clínica y de la Salud del COPAO de Almería en septiembre de 2007; y en el las II Jornadas de la Sección Profesional de Psicología Clínica y de la Salud del COPAO celebradas en junio de 2009 en la ciudad de Almería.

² Enviar correspondencia relativa a este artículo a: Israel Mañas Mañas, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Almería. Ctra. de Sacramento s/n. 04120, La Cañada de San Urbano, Almería (España).

E-mail: imanas@ual.es

En cuanto a los maltratadores, Tolman y Bennett (1990) apuntan que la heterogeneidad y la variabilidad de las características que presentan sugieren que entre la población de maltratadores no habría significativamente más enfermos mentales que entre la población general y que no es posible considerar que la causa del maltrato sea, por sí misma, la presencia de un trastorno mental. De hecho, se estima que sólo un 10% de los maltratadores presentan algún tipo de trastorno psicopatológico (véase Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Medina, 1994; Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007; Swanson, Holzer, Ganju y Jono, 1990; Tolman y Bennett, 1990). Por otro lado, según Ferrer y Bosch (2005) un 25% y un 85% de los maltratadores se encuentran bajo los efectos del alcohol cuando cometen el maltrato, un 50% tienen problemas de abuso, y la incidencia de maltrato de mujeres entre los consumidores está entre el 50% y el 70% (e.g., véase también Conner y Ackertley, 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Medina, 1994). Por otro lado, las drogas consumidas con mayor frecuencia por los maltratadores consumidores (entre el 13 y el 35%) son la marihuana, la cocaína, las anfetaminas y el “speed” (Bergman y Brismar, 1993). No obstante, Ferrer y Bosch (2005) subrayan que el consumo de alcohol o drogas no es una variable necesaria ni suficiente para explicar el maltrato, aunque sí serviría como liberador y desinhibidor de la violencia y suele ser mencionado por el maltratador como excusa o explicación de su conducta violenta (véase también Jacobson y Gottman, 2001; Villavicencio y Sebastián, 1999).

¿Cuáles son los principales componentes de los programas de tratamiento dirigidos al maltratador y qué tipo de técnicas emplean dichos programas? Probablemente, el programa de tratamiento más ampliamente utilizado con los maltratadores en España, generalmente implementado en el ámbito comunitario de las prisiones, sea el de Echeburúa y Corral (1998) o adaptaciones del mismo. Se trata de un programa cognitivo-conductual que consta de 20 sesiones (una a la semana) de una hora de duración. El programa diferencia tres fases. La primera (con cuatro sesiones) se centra en los aspectos motivacionales y empáticos. La segunda (que comprende desde la 5ª hasta la 18ª sesión) en la intervención de los aspectos psicopatológicos y se subdivide en tres niveles de intervención: (1) tratamiento de la ira descontrolada, las ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas, y de la ansiedad y el estrés; (2) tratamiento de los déficits en la autoestima, los celos patológicos y el consumo abusivo de alcohol; y (3) tratamiento de los déficits de asertividad y comunicación, en la resolución de problemas y en las relaciones sexuales. El objetivo de la tercera y última fase (sesiones 19ª y 20ª) es la prevención de recaídas (véase también Echeburúa, Sarasúa, Zubizarreta y Corral, 2009). Las principales técnicas que emplea el programa son: la discusión racional y la reestructuración cognitiva, la reevaluación cognitiva, la distracción cognitiva, la relajación, el entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación, el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas, la exposición, programas de educación sobre la sexualidad y la igualdad de los sexos, programa de bebida controlada, entre otras (para una descripción exhaustiva del programa véase Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Existen datos que confirman la efectividad de éste y otros tratamientos psicológicos dirigidos a los maltratadores (e.g., véase Babcock, Green y Robie, 2004; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2009; Palmer, Brown y Barrera, 1992; Rynerson y Fishel, 1993; Taylor, Davies y Maxwell, 2001).

En el contexto de la violencia de género, *mindfulness* es una técnica, que podría resultar especialmente útil. Generalmente, el término “Mindfulness” se ha traducido por “Atención Plena”, “Conciencia Plena” o por “Meditación”. El origen del *mindfulness* se remonta miles de años atrás, sin embargo, hace apenas unas décadas, en los Estados Unidos de América, la medicina, la psicología y otras ciencias de la salud, comenzaron a emplearlo para el tratamiento de diversas enfermedades de origen médico y psicológico, obteniendo con ello resultados positivos. Desde entonces, *mindfulness* se ha extendido por numerosos países del mundo, y actualmente lo está haciendo por España (para una introducción al *mindfulness* véase por ejemplo Baer, 2003; Brown y Ryan, 2003; Franco, 2007, 2009; Mañas, 2009a; Vallejo, 2006, 2007; véase también Kabat-Zinn, 1982, 1990; 1994, 2003, 2007). Según Bishop et al. (2004) la psicología contemporánea ha adoptado al *mindfulness* como una técnica para incrementar la consciencia y para responder más habilidosamente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a otro tipo de problemas del compor-

tamiento. *Mindfulness* ha sido definido, por ejemplo, como: la “consciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no condenatoria, del flujo de la experiencia momento a momento” (Kabat-Zinn, 2003, p. 145); “la observación no condenatoria del fluir de toda la estimulación externa e interna tal como ella aparece” (Baer, 2003, p. 125); “una atención y consciencia receptiva a los eventos y experiencias presentes” (Brown y Ryan, 2003). Diversos estudios muestran cómo la práctica continuada de *mindfulness* produce numerosos efectos beneficiosos sobre el organismo y sobre la actividad psicológica de las personas que lo practican; su efectividad ha sido demostrada en multitud de problemas médicos y psicológicos, así como también en la mejora de la calidad de vida de las personas, siendo sus aplicaciones actuales muy numerosas y diversas (véanse exhaustivas revisiones en Arias, Steinberg, Banga y Trestman, 2006; Brown, Ryan y Creswell, 2007; Ferguson, 1981; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; y un meta-análisis y revisión más reciente en Chiesa y Serreti, 2009; véase también Baer, 2003; Brown y Ryan, 2003; Jha, Krompinger y Baime, 2007; Franco y Mañas, 2009; Franco, Mañas, Cangas y Gallego, 2009; Mañas, 2009b; Mañas, Luciano y Sánchez, 2008; Mañas, Sánchez y Luciano, 2008; Valentine y Sweet, 1999).

Actualmente existen decenas de aproximaciones terapéuticas que de algún modo u otro incluyen al *mindfulness*, pero sólo son cuatro las que deliberadamente enseñan habilidades de *mindfulness* a los pacientes (véase Germer, Siegel y Fulton, 2005; Hayes, Follette y Linehan, 2004; Mañas, 2009b): (1) El programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness o MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*; Kabat-Zinn, 1990, 2003); (2) La Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness o MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; Segal, Williams y Teasdale, 2002); (3) La Terapia de Conducta Dialéctica o DBT (*Dialectical Behavior Therapy*; Linehan, 1993a, 1993b); y (4) La Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). La MBCT, DBT y ACT, junto con la Psicoterapia Analítica Funcional o FAP (*Functional Analytic Psychotherapy*; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005) y la Terapia de Conducta Integral de Pareja (*Integrative Behavioral Couples Therapy*; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000) conforman las denominadas terapias de tercera generación o TTG (véase Hayes, 2004a, 2004b; Mañas, 2007; Pérez-Álvarez, 1996, 2001, 2006, 2008; Vallejo, 2007). La evidencia empírica de la efectividad de las TTG ha quedado ampliamente demostrada a través de estudios controlados (véanse revisiones en Coelho, Canter y Ernst, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Robins y Chapman, 2004). En contraste con las terapias cognitivas conductuales tradicionales, el objetivo de las TTG no consiste en cambiar o sustituir unos pensamientos por otros a través del debate racional o la disputa, o la reestructuración o eliminación de su contenido. Más bien, el objetivo de las TTG es enseñarle a la persona habilidades para que establezca un tipo de relación muy especial con sus propios eventos privados (i.e., pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales, etc.) tomando conciencia de los mismos y aprendiendo a observarlos sin reaccionar ante ellos (para los efectos negativos de la supresión del pensamiento y otros eventos privados véanse revisiones en Purdon, 1999; Rassin, Merckelbach y Muris, 2000; y un meta-análisis en Abramowitz, Tolin y Street, 2001; véase también Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Webner y Erber, 1992)

A continuación se presenta sucintamente la metodología empleada en un estudio de caso de un maltratador centrándonos en el empleo de ciertas técnicas de *mindfulness* provenientes principalmente de algunas de las TTG, especialmente de la ACT ya que fue esta terapia la que vertebró todo el proceso terapéutico.

DESCRIPCIÓN, HISTORIA DEL CASO Y ANÁLISIS FUNCIONAL

Héctor, un joven varón de 24 años, con un nivel socioeconómico medio-alto, acude a consulta tras repetidos episodios de violencia contra su pareja (Ana, una joven de 22 años). En palabras de Héctor: “La situación es cada vez peor”, “tengo miedo de perder el control y hacer una locura con mi novia”, “no puedo soportarlo más”, “cuando pierdo el control me convierto en una máquina de matar”, etc. A través de múltiples análisis funcionales de las conductas agresivas de Héctor se dedujo que a lo largo de su vida dichas conductas le habían sido muy útiles o funcionales (e.g., respeto y admiración por parte de la pandilla, autoridad en el ambiente familiar y laboral, etc.). En cuanto a las

funciones que cumplían las conductas violentas hacia su pareja se destacan las de reforzamiento negativo. Dadas ciertas condiciones, por ejemplo, que Ana mirase a un chico o que ésta le contrariase, a Héctor le invadían sensaciones corporales, pensamientos y sentimientos valorados como insostenibles o terribles por él (e.g., celos, ira, ganas de golpearla, etc.). Esta estimulación aversiva actuaba como estimulación discriminativa para la conducta violenta hacia Ana, que se manifestaba principalmente en forma de insultos, amenazas, gritos, empujones y golpes sobre diferentes partes de su cuerpo. Contingente a la finalización de estos episodios de violencia se producía una disminución (o eliminación total) de las sensaciones aversivas, por lo que estas conductas eran reforzadas negativamente. Por otro lado, se producían contingencias de reforzamiento positivo tras la emisión de las conductas violentas tales como atención por parte de Ana, mantener relaciones sexuales con ella, hacer las paces y pedirse perdón, darse muestras de afecto, etc. En resumen, las contingencias de reforzamiento negativo que acaecían tras las conductas agresivas reforzaban el patrón o clase funcional de evitación experiencial de Héctor, por lo que el caso fue considerado como un Trastorno de Evitación Experiencial o TEE (véase Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Stroshal, 1996; Luciano y Hayes, 2001). La “Fusión Cognitiva” del TEE era mantenido por los contextos verbales de la literalidad, las valoraciones, las explicaciones y el control; por lo que el principal objetivo del proceso terapéutico fue socavar dichos contextos verbales y aprender a estar en contacto con sus eventos privados aversivos rompiendo de este modo las relaciones conducta-conducta (entre sentir-pensar-hacer) y con ello el patrón del TEE, generando de este modo “Flexibilidad Cognitiva”, entendida ésta como la habilidad de conectar con el momento presente y tomar consciencia de las reacciones psicológicas actuando en una dirección valiosa al servicio de los valores de la persona (véase Hayes, 2004a, 2004b; Hayes et al., 1999; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002).

PROCEDIMIENTO

El programa de tratamiento tuvo una duración de 23 sesiones, cada una de ellas con una duración aproximada de unas dos horas. Las 18 primeras sesiones fueron semanales; las sesiones 19, 20 y 21 mensuales; la 22 pasados tres meses; y la 23 a los seis meses. La Tabla 1 contiene los principales componentes trabajados a lo largo de las sesiones así como algunas de las técnicas empleadas. Se tomaron medidas de diferentes variables, antes, durante y después de la intervención; se comentarán sólo algunas de ellas: - Nivel de Evitación Experiencial, utilizando la versión adaptado al castellano del Cuestionario de Aceptación y Acción o AAQ (*Acceptance and Action Questionnaire*; véase Barraca, 2004); - Nivel de Mindfulness, empleando la Escala de Conciencia de Mindfulness o MAAS (*Mindful Attention Awareness Scale*; Mañas, Sánchez, Faysey y Molina, 2008; véase también Brown y Ryan, 2003; Carlson y Brown, 2005); - Nivel de Impulsividad, a través de la Escala de Impulsividad de Plutchik o EI (véase Rubio et al., 1998); - Nivel de Violencia expresado contra su pareja durante la última semana; - Puntualidad a la hora de llegar a las sesiones clínicas; - Nivel de Credibilidad conferida a los pensamientos y emociones como causas; y - Número de Acciones en dirección a sus valores.

Los principales componentes de la ACT que se utilizaron fueron: Generar la desesperanza creativa, establecer que el “control” es el problema, la clarificación de valores, generar distanciamiento o desactivación del lenguaje y desarrollar el yo como contexto; los principales métodos clínicos empleados fueron el uso de relatos e historias, metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (véase Hayes et al., 1999; Hayes y Stroshal, 2004; Wilson y Luciano, 2002). Siguiendo a Fletcher y Hayes (2005) los componentes de ACT estrechamente relacionados con *mindfulness* son: Distanciamiento cognitivo, que reduce el impacto literal del lenguaje; Aceptación, que reduce la evitación experiencial; Desarrollar el yo-como-contexto, que fomenta el desarrollo de un “yo observador” que trasciende a los contenidos mentales; y contactar con el momento presente, que incrementa la consciencia del “aquí y ahora” y que a su vez facilita la aceptación y el distanciamiento cognitivo. Teniendo en cuenta a Fletcher y Hayes (2005) se comentarán, de forma muy concisa, algunas metáforas y ejercicios de *mindfulness* que se emplearon de esta terapia:

- El ejercicio del Observador de Sí Mismo. Es una de las principales técnicas de ACT para desarrollar el yo-como-contexto (realmente se trata de una modificación de un ejercicio de Assagioli, 1971). Se le dice al cliente que cierre los ojos y se le invita a hacer un viaje en el tiempo y a través de las diversas facetas de su vida. Se realiza un repaso sobre los diferentes roles, uno tras otro, (niño, hijo, hermano, estudiante, compañero sentimental, compañero de trabajo, etc.) y sobre sus eventos privados, invitándole a observarse a sí mismo en tales situaciones, haciéndole notar a través de la experiencia del propio ejercicio que siempre hay una parte de él que trasciende a todo lo demás, una parte que permanece constante a través de todos los roles y eventos privados, y a lo largo de toda la vida, una parte observadora imparcial de todas las situaciones e incluso en ese preciso instante; que él no es sus roles, su cuerpo, sus pensamientos, sus sentimientos, haciendo que experimente que él es algo más que todo eso... favoreciendo con ello la desidentificación con los roles y eventos privados y el desarrollo del yo como contexto (para una descripción detallada del ejercicio véase Hayes et al. 1999, pp. 192-195; Wilson y Luciano, 2002, pp. 211-213). Este ejercicio puede ser practicado de formas muy diversas y en cierto sentido está relacionado con el denominado Ejercicio de Observación del Flujo de la Experiencia Privada (véase Wilson y Luciano, 2002, pp. 213-215).

- Metáfora de las Hojas en el Río. Se le dice al cliente que cierre los ojos y que oriente su atención al momento presente (notando su cuerpo, su respiración, etc.). Seguidamente se le pide que imagine hojas flotando sobre el agua de un río. Después se le invita a que note como sus pensamientos surgen en ese momento y le decimos que coloque relajadamente cada pensamiento que surja sobre una hoja y que observe como ésta flota río abajo, sin ningún tipo de juicio o valoración, permitiendo surgir y dejar ir cada pensamiento o idea que aparezca en la conciencia. Aquí, después de cierta práctica, se pueden introducir pensamientos temidos para la persona (en el caso de Héctor fueron del tipo “está mirando a ese hombre”, “no puedo soportarlo más”, “voy a hacer una locura”, etc.). Esta metáfora también favorece la aceptación y es similar a la metáfora de Dejar Caer las Hojas (en este caso de un árbol) o por ejemplo el ejercicio de la Cabalgata con Carteles.

- Otro ejercicio de distanciamiento cognitivo es pedirle al cliente que nos diga los primeros pensamientos que se le ocurren al oír una determinada palabra, por ejemplo “leche”. Probablemente diga cosas como blanca, caliente, vaca, etc. Seguidamente se le dice que tales cualidades (o funciones psicológicas) provienen del pensamiento (i.e., son verbales) y no de la leche (ya que ésta ni siquiera está presente), que sólo con decir “leche”, que únicamente con el sonido “leche”, es suficiente para traer al presente dichas cualidades y que incluso podemos notarlas (si el ejercicio se hace por ejemplo con un limón podríamos sentir la acidez e incluso salivar). Después el terapeuta y el cliente acuerdan repetir la palabra en voz alta rápidamente durante dos o tres minutos sin parar. Pasado ese tiempo, y al oír ahora el sonido “leche” tenemos la experiencia de que ese sonido no nos dice absolutamente nada, se convierte en un sonido sin sentido, carente de significado y por tanto de las funciones psicológicas que previamente nos evocaba. Este ejercicio también se puede realizar empleando ciertos términos que evoquen contenidos temidos específicos.

- La Metáfora del Tablero y la Fichas. Se le dice a la persona que piense en situaciones o experiencias en su vida que le resultan difíciles de aceptar. A través del desarrollo de la metáfora se establece una relación de equivalencia entre las fichas negras con sus eventos privados aversivos y entre las fichas blancas y sus eventos privados agradables. Se le hace ver como ambos grupos de fichas están en guerra constante, que desarrollan una batalla sobre el tablero y que juegan a ver quién puede más, se le dice si le resulta familiar...; al mismo tiempo se le va haciendo notar que él no es sus fichas blancas, ni tampoco las negras, que él es el tablero en donde se desarrolla la batalla. Se le propone la opción de abandonar la lucha contra las fichas negras (i.e., la evitación experiencial), a trascender a las mismas, al tiempo que se le hace notar las ventajas que conlleva desarrollar la toma de perspectiva, ser el tablero que todo lo contiene.

- Ejercicios de Cosificación y Fisicalización. Básicamente se trata de atribuirle propiedades físicas (e.g., tamaño, forma, color, textura, olor, etc.) a ciertos eventos privados (e.g., celos, ganas de golpear, ira, ansiedad, etc.). Con ello la persona toma distancia del contenido temido favoreciendo con ello la toma de perspectiva frente al mismo.

- Cambios en las Convenciones Lingüísticas. Se instruye y moldea al cliente a incluir en sus descripciones verbales “estoy teniendo el pensamiento de que” como prefijo de las mismas. Por ejemplo, sustituir “Soy un loco sin remedio” por “*estoy teniendo el pensamiento de que soy un loco sin remedio*”; o por ejemplo, sustituir “No puedo soportarlo más” por “*estoy teniendo el pensamiento de que no puedo soportarlo más*”.

Aunque aquí se han comentado sólo algunas metáforas y ejercicios, lo cierto es que la mayoría de las técnicas o métodos clínicos que se utilizan en ACT fomentan la toma de perspectiva, por lo que pueden ser considerados como ejercicios de *mindfulness*.

Algunos de los principales componentes de la DBT son: Desarrollar una mayor efectividad en las relaciones interpersonales, la regulación de las emociones y el desarrollo de una mayor tolerancia a la angustia y al dolor. Las habilidades de *mindfulness* que se enseñan en DBT provienen del Budismo Zen y de las prácticas de Thich Nhat Hanh (1992). Algunas de estas habilidades que se tuvieron en cuenta y practicaron a lo largo del proceso terapéutico fueron: adoptar una actitud serena, focalizar la consciencia en la actividad presente (aquí y ahora), etiquetar (identificar) a los sentimientos y pensamientos, permitir que estos fluyan libremente sin intentar controlarlos, practicar el no-juzgar; desarrollar una actitud de aceptación radical a toda experiencia; entre otros. Además de las habilidades de *mindfulness* provenientes de la DBT (algunas muy similares a las de ACT) se utilizó, sobre todo al inicio de la terapia, el principio de “validación” de la experiencia del cliente. Otro elemento de la DBT que se empleó fue el “estilo irreverente” como un modo de evocar Conductas Clínicamente Relevantes 1 (CCR1) en sesión.

La tercera y última de las terapias que se utilizó en este estudio de caso fue la FAP. Las CCR1 se refieren a las conductas problema del cliente que acontecen en sesión; en este caso las conductas violentas o agresivas. Las Conductas Clínicamente Relevantes 2 (CCR2) son las conductas adaptativas o mejoras que ocurren en sesión; en este caso conductas tales como hablar en un tono adecuado, permanecer sereno, responder de forma educada, muestras de empatía, etc. Las Conductas Clínicamente Relevantes 3 (CCR3) son las interpretaciones que el cliente hace de su propio comportamiento; se trataría de establecer una equivalencia funcional entre lo que ocurre en sesión con lo que ocurre fuera, en la vida de la persona. Por otro lado, son cinco las reglas a seguir en FAP: (1) Observar las CCRs; (2) Evocar CCRs; (3) Reforzar las CCR2; (4) Observar los efectos del reforzamiento por parte del terapeuta sobre las CCRs; y (5) Ofrecer interpretaciones de las variables que afectan al comportamiento del cliente. Adviértase que la FAP implica la aplicación de contingencias directas sobre las conductas del cliente en sesión, por lo que su aproximación es eminentemente funcional, siendo consideradas las diversas conductas violentas de Héctor (topográficamente diferentes) como miembros de la misma clase funcional. Básicamente, a través del relato y la recreación de acontecimientos pasados Héctor conseguía traer al presente (en sesión) la estimulación aversiva que evocaba la conducta violenta (e.g., ansiedad, celos, malestar, las ganas de agredir, etc.). Una vez que Héctor estaba bajo la estimulación aversiva se le invitaba a observarla y a experimentarla y no hacer nada con ella (esto funcionaba al mismo tiempo como exposición a los eventos privados y promueve la aceptación de los mismos). Siempre que aparecían tales sensaciones aversivas se establecía una relación de equivalencia entre las mismas y las sensaciones que ocurrían fuera de sesión, especialmente con Ana. De este modo y a través de múltiples ensayos, Héctor desarrolló un repertorio más flexible y variado a emitir en presencia de tal estimulación, que fue practicado en repetidas ocasiones a lo largo del proceso terapéutico; y a través de las equivalencias funcionales establecidas entre dentro y fuera de sesión, Héctor comenzó a emitir tales conductas con Ana (e.g., callarse, no hacer nada, aguantarse las ganas, etc.) en presencia de la estimulación aversiva que a su vez iba adquiriendo funciones discriminativas para otras conductas más adaptativas compitiendo de ese modo con las previas. También se utilizó el moldeamiento y el modelamiento de la conducta. Un elemento importante fue establecer una coordinación de equivalencia entre estar en contacto con la estimulación aversiva (e.g., ira, celos, etc.) con los valores de Héctor. Al mismo tiempo, se reforzaban todas las aproximaciones a estar en contacto con lo temido así como cualquier tipo de CCR2 que pudiera presentarse (e.g. ser respetuoso, amable, llegar puntualmente a sesión clínica, etc.) considerándolas también como una clase funcional.

Otros ejercicios capitales de *mindfulness* que fueron practicados en múltiples ocasiones por Héctor, tomados del programa MBSR, fueron: el desarrollo de la conciencia de la respiración, la meditación sentada y el *body-scan* o exploración corporal (e.g., para una descripción detallada de los mismos en castellano véase Kabat-Zinn, 2003, pp. 83-95, 97-113 y 115-134, respectivamente).

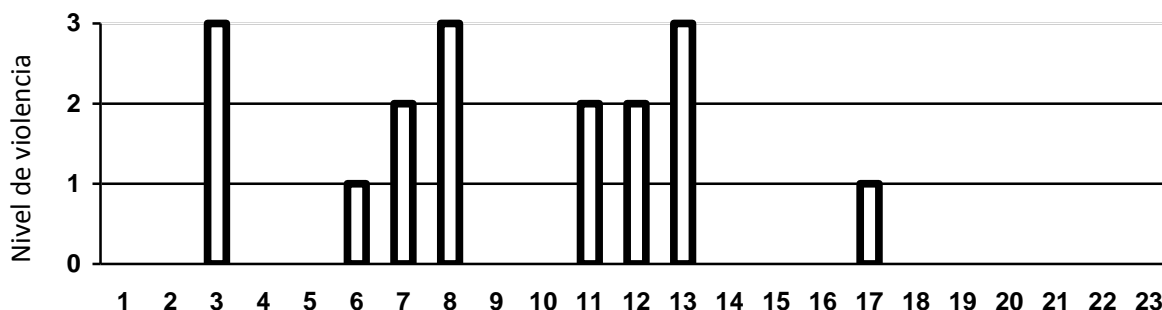
Tabla 1. Principales objetivos y técnicas empleadas a lo largo del proceso terapéutico.

Sesiones	Objetivos	Técnicas
1 y 2	Evaluación y Análisis Funcional de la Conducta Problema Establecimiento Relación Terapéutica	Papel y lápiz; Cuestionarios y Escalas Metáf. dos escaladores Metáf. Conocer el lugar Validación de la experiencia
4-8	Generar la Desesperanza Creativa <i>Mindfulness</i> -Respiración Abandono Lucha Contra Síntomas y Operativización de acciones valiosas	Metáf. Campo de hoyos Metáf. Quitarse las gafas Metáf. Vaso Sucio; Metáf. Deportividad Metáf. Aprender a hacer cosas Ejer. <i>Mindfulness</i> -Respiración Metáf. Niño con rabetas Valoraciones vs. Descripciones
9-12	El Control es el Problema Clarificación de Valores <i>Mindfulness</i> -Respiración <i>Mindfulness</i> -Sentado Revisar objetivos sesiones 4-8	Si deseas quitar algo lo tendrás Metáf. Alimentar al tigre Metáf. Polígrafo; Metáf. Invitado grosero Ejemplo arreglar un jarrón Metáf. Monstruo en la cuerda Ejer. Epitafio; Ejer. Funeral; Ejer. 5% Metáf. Jardín; Metáf. Hojas en el río Metáf. Arenas movedizas Ejer. <i>Mindfulness</i> -Respiración Ejer. <i>Mindfulness</i> -Sentado
13-18	Distanciamiento Cognitivo; Desarrollo Yo-Como-Contexto; <i>Mindfulness</i> (Respiración, Sentado y Body-scan) Aceptación y Abandono de la Lucha Afianzar el Compromiso y Revisar Objetivos Previos	Ejer. Observador de sí mismo Metáf. Tablero de ajedrez Sustituir "pero" por "y"; Ejer. Repetir "leche"; Ejer. Body-Scan Ejer. <i>Mindfulness</i> -Respiración Ejer. <i>Mindfulness</i> -Sentado Ejer. Cosificación y Fisicalización Ejer. Estoy notando el pensamiento de que Revisión de Metáforas y Ejercicios
19-23	Seguimiento Prevención de Recaídas	Metáf. Aprender a conducir; Metáf. Jinete Repaso ejercicios de <i>Mindfulness</i> Compromiso con sus valores

RESULTADOS

El nivel de violencia hacia la pareja durante la última semana aparece en la Figura 1. Como puede observarse se registraron tres episodios de agresión física severa en las sesiones 3, 8 y 13, es decir, Héctor realizó tales conductas durante la 2ª, 7ª y 12ª semana tras empezar el tratamiento. A partir de la 12ª semana no hubo ningún episodio de agresión física severa durante las cinco semanas siguientes de tratamiento (sesiones 14, 15, 16, 17 y 18), y estos resultados se mantuvieron a largo del siguiente año (sesiones mensuales 19, 20 y 21; sesión trimestral 22; y sesión semestral 23). Sólo se registró un episodio leve (que consistió en insultos mutuos) en la sesión 17. Otro dato a resaltar es que antes de que aconteciera un episodio de agresión física severa la pareja solía tener discusiones durante las semanas previas (véanse niveles de violencia registrados durante las sesiones 6, 7, 11 y 12).

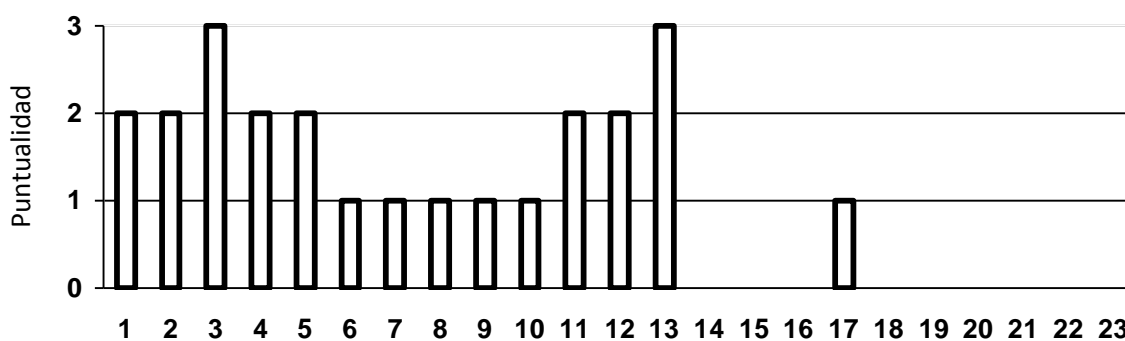
Por otro lado, se observa que después de un episodio de agresión física severa no se produjo ningún tipo de violencia (adviértase de la ausencia de violencia registrada en las sesiones 4, 5, 9, 10, 14 y 15).



▣ Nivel de violencia hacia su pareja durante la última semana

Figura 1. Nivel de violencia hacia su pareja durante la última semana. 0 = Ausencia de violencia; 1 = Episodio de violencia (sólo verbal); 2 = Episodio de violencia severa (verbal y/o violencia física no severa); 3 = Episodio de agresión física severa. Sesiones 1-18 semanales; Sesiones 19-21 mensuales; Sesión 22 trimestral; Sesión 23 semestral.

La Figura 2 muestra la puntualidad por parte de Héctor a las sesiones clínicas (consideradas éstas como CCR2). En ella es posible observar como hasta la sesión 13 Héctor solía llegar tarde y después de ésta sesión lo hizo sólo en una ocasión más (sesión 17).



▣ Puntualidad a las sesiones clínicas

Figura 2. Registro de puntualidad a las sesiones clínicas. 0 = Llega antes de tiempo; 1 = Llega menos de 10 minutos tarde; 2 = Llega entre 10 y 20 minutos tarde; y 3 = Llega más de 20 minutos tarde.

La Figura 3 muestra que el índice de credibilidad conferido a los pensamientos y sentimientos como causas de la conducta decreció a lo largo del tratamiento: del 100% (sesión 3), al 50 % (sesión 11), hasta el 0% (sesiones 18 y 23).

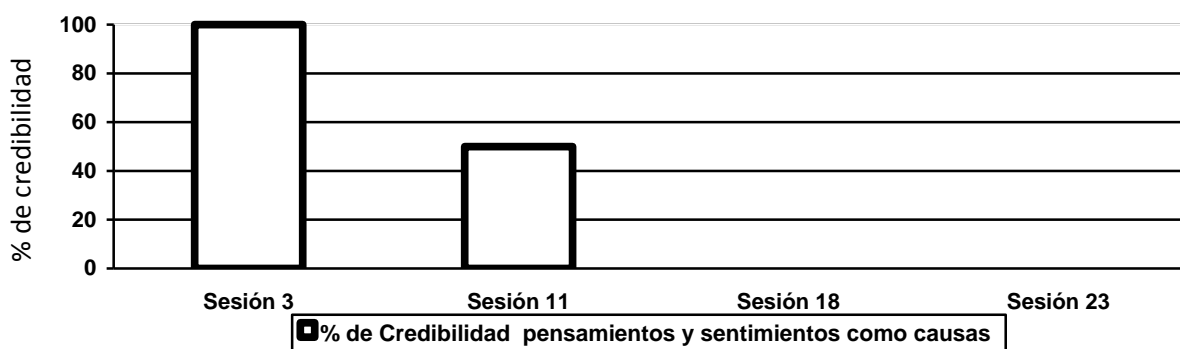


Figura 3. Credibilidad conferida a los pensamientos y sentimientos como causas del comportamiento expresado en %.

Por el contrario, el número de acciones en dirección hacia sus valores aumentó progresivamente: desde una (sesión 3), luego cinco (sesión 11), posteriormente siete (sesión 18) y finalmente nueve (sesión 23). Para el cómputo de dichas acciones se tuvieron en cuenta realizar actividades muy concretas (relacionadas con los valores del cliente) previamente operativizadas (e.g., ir a clases a una academia, presentarse a un examen, ayudar en el negocio familiar, no consumir drogas, ir de viaje con su pareja, etc.) tomando como referente el último mes.

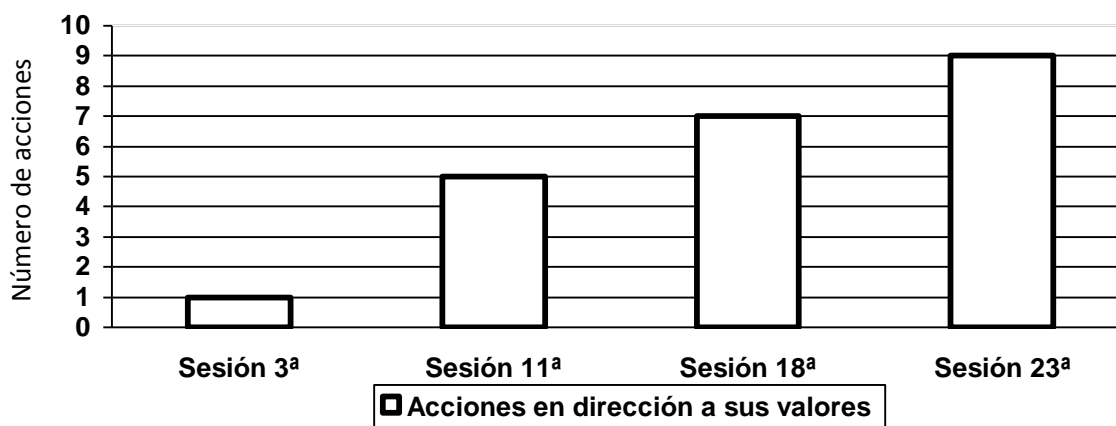


Figura 4. Número de acciones en dirección hacia sus valores durante el último mes.

Por último, la puntuación obtenida durante la evaluación pretest (realizada en la sesión 2) en el AAQ fue de 59, en la MAAS 28 y en la EI de 31 puntos. Sin embargo, la puntuación obtenida en la evaluación posttest (realizada en la sesión 18) fue de 31 en el AAQ, 51 en el MAAS y 14 en la EI. Es decir, la evitación experiencial se redujo en 28 puntos y los niveles de impulsividad en 14, por el contrario, el nivel de *mindfulness* aumentó 23 puntos.

CONCLUSIONES

Las técnicas de *mindfulness* resultaron útiles en la intervención de la conducta violenta de un maltratador hacia su pareja, y dichos resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo. *Mindfulness* supone un modo de proceder diferente al convencional en cuanto que lo que se persigue no es la eliminación, control o cambio de ciertos pensamientos y sentimientos desagradables por otros más deseables, sino que el objetivo es proveer al cliente de un repertorio más flexible para relacionarse con sus propios eventos privados. Las técnicas de *mindfulness* podrían resultar especialmente útiles en el ámbito de la violencia de género ya que a través de la práctica se desarrolla un estado de conciencia que repercute en una mayor y mejor regulación del comportamiento (tanto físico como emocional) al tiempo que se reduce significativamente el sufrimiento producido por la fusión cognitiva y se genera flexibilidad cognitiva, repercutiendo a su vez en una mejora de la calidad de vida. Las intervenciones basadas en *mindfulness* dentro de este ámbito se dirigen tanto al maltratador, como a la víctima por separado, así como a ambos en pareja. Prueba del creciente interés que actualmente se está desarrollando por aplicar *mindfulness* al ámbito de la violencia de género, son por ejemplo, los recientes trabajos de Rathus, Cavuoto y Passarelli (2006), Kane (2006) y Claus (2009).

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F. y Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683-703.
- Amor, P. J., Bohórquez, I. A., y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 2, 129-154.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A. y Trestman, R. L. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 12, 817-832.
- Assagioli, R. (1971). *The act of will*. New York: Viking.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-142.
- Babcock, J. C., Green, C. H. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Barraca, J (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Bergman, B. y Brismar, B. (1993). Assaultants and victims: a comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 1-10.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Cardomy, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 230-241.
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. y Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 4, 211-237.
- Centro Reina Sofía (2005). *Femicidios de pareja*. Informe elaborado por el Centro Reina Sofía: Valencia.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Claus, S. L. (2009). Mindfulness meditation for intimate partner violence. Tesis doctoral. Recuperado el 28 de Julio de 2009 de <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-05102009-185707/>

- Coelho, H. F., Canter, P. H. y Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 1000-1005.
- Conner, K. K. y Ackerley, G. D. (1994). Alcohol-related battering: developing treatment strategies. *Journal of Family Violence, 9*, 143-155.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la mujer? *Papeles del Psicólogo, 88*, 10- 18.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-175). Madrid: 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*, 5-20.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence: A pilot-study in the Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50*, 57-70.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (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, 2*, 199-217.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 151-180.
- Fletcher, L. y Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 4*, 315-336.
- Ferguson, P. C. (1981). The integrative meta-analysis of psychological studies investigating the treatment outcomes of meditation techniques. *Dissertation Abstracts International, 42*, 1547.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología, 21*(1), 1-10.
- Franco, C. (2007). *Técnicas de relajación y desarrollo personal*. Granada: Cepa.
- Franco, C. (2009). *Meditación Fluir para serenar el cuerpo y la mente*. Madrid: Bubok
- Franco, C. y Mañas, I. (2009). *Reducción de los niveles de estrés docente y de los días de baja laboral por enfermedad en profesores de educación secundaria obligatoria a través de un programa de entrenamiento en meditación*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Franco, C., Mañas, I., Cangas, A. J. y Gallego, J. (2009). *The impact of a mindfulness programme on the academic performance, self-concept and anxiety in students of secondary school*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema, 17*, 90-95.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.
- Nanh, T. N. (1992). *Peace is every step: The path of mindfulness in everyday life*. New York: Bantam.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.

- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S. y Fisher, G. et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35(4), 821-835.
- Hayes, S. C., Bunting, K., Herbst, S., Bond, F. W. y Barnes-Holmes, D. (2006). Expanding the scope of organizational behaviour management: Relational frame theory and the experimental analysis of complex human behaviour. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1/2), 1-21.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. y Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Guilford, E., Follete, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behaviour disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 64, 1152-1168.
- Heise, L. L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Para acabar con la violencia contra la mujer*. Population Reports, 4. Serie L, número 11. Temas sobre salud mental.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J. y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioural couple therapy: An acceptance, Based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N.S. y Gottman, J. M. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós.
- Jha, A. P., Krompinger, J. y Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7, 109-19.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, Dell Publishing
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- Kane, E. K. (2006). The phenomenology of meditation for female survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12(5), 501-518.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 1, 349-371.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M. C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de psicología y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.

- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Mañas, I. (2009a). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología. *Gaceta de psicología*, 50, 13-29.
- Mañas, I. (2009b). *Terapias psicológicas basadas en mindfulness*. Manuscrito en preparación.
- Mañas, I., Luciano, M. C. y Sánchez, L. C. (2008). *Beginners practising a basic mindfulness technique: An experimental analysis*. Comunicación presentada en la 4th Conference of the European Association for Behaviour Analysis, Madrid, España.
- Mañas, I., Sánchez, L. C. y Luciano, M. C. (2008). *Efectos producidos por un ejercicio de mindfulness (body-scan): Un estudio piloto*. Póster presentado en el VII Congreso de la Sociedad Española de Psicología Experimental, San Sebastián-Donostia, España.
- Mañas, I., Sánchez, L. C., Faysey, M. y Molina, A. (2008). *Traducción al castellano de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*. Manuscrito no publicado [Disponible en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Almería].
- Medina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 153-167). Madrid: Pirámide.
- Mertin, P., y Mohr, P. B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 15, 411-422.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuesta sobre «violencia contra las mujeres»*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Moscicki, E. K. (1989). Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 19, 131-146.
- Palmer, S., Brown, R. y Barrera, M. (1992). Group treatment program for abusive husbands: Long-term evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el unto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *FOCAD Formación Continuada a Distancia* (2), 10-16.
- Purdon, C (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Rassin, E., Merckelbach, H. y Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression. A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 973-995.
- Rathus, J. H., Cavuoto, N. y Passarelli, V. (2006). Dialectical behavior therapy (DBT): A mindfulness-based treatment for intimate partner violence. En R. A. Bader (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications (Practical resources for the mental health professional)* (pp. 333-358). New York: Academic Press.
- Robins, C. J. y Chapman, A. L. (2004). Dialectical behaviour therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73-89.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J. Martínez, M. L., Álvarez, S., Marín J. J. et al. (1998). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61, 223-232.
- Rynerson, B. C. y Fishel, A. H. (1993). Domestic violence prevention training: Participant characteristics and treatment outcome. *Journal of Family Violence*, 8, 253-266.
- Sarasua, B, y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. y Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761-780.
- Taylor, B., Davis, R. y Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer programme: A randomized experiment in Brooklin. *Justice Quarterly*, 18, 170-201.
- Tolman, R., M. y Bennett, L. W. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 87-118.
- Valentine, E. R. y Sweet, P. L. (1999). Meditation and attention: A comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture*, 2, 59-70.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Vallejo, M. A. (2007). El mindfulness y la "tercera generación de terapias psicológicas". *Infocop*, 33, 16-18.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Wegner, D. M. y Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- World Health Organization (1998). Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Recuperado el 28 de julio de 2009 de http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf
- World Health Organization (2002). *World Report on violence and health: summary*. Geneva: Library Cataloguing in Publication Data.