

HOMBRES VIOLENTOS CONTRA LA PAREJA: PERFIL PSICOPATOLÓGICO Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Enrique Echeburúa Odriozola

SUMARIO. 1. INTRODUCCIÓN.-2. PERFIL PSICOPATOLÓGICO: 2.1 TRASTORNOS MENTALES. 2.2 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.-3. TIPOS DE MALTRATADORES.-4. NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.-5. MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO.-5.1 MOTIVACIÓN INICIAL.-5.2 MOTIVACIÓN DE MANTENIMIENTO.-6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PROPUESTO. 6.1 FACTORES BÁSICOS. 6.2 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. 6.3 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. 6.4 RESULTADOS OBTENIDOS.-7. CONCLUSIONES.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia en el hogar ha experimentado un desarrollo espectacular en las dos últimas décadas. Se trata de un fenómeno epidémico que, al hilo de los retos planteados al varón por los valores democráticos de la sociedad actual y por el nuevo rol de la mujer, ha crecido a un ritmo más rápido incluso que los accidentes de coche, las agresiones sexuales y los robos. En realidad, la familia es el foco de violencia más destacado de nuestra sociedad. De hecho, en España, según un informe reciente del Ministerio de Asuntos Sociales, hay unas 640.000 mujeres víctimas de maltrato habitual (el 4% de la población femenina adulta), pero, en total, son más de 2,5 millones (el 16,5%) las que confiesan haber sido víctimas de maltrato en algún momento de su vida.

Por extraño que pueda parecer, el hogar –lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano– puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas, sobre todo cuando éstas quedan impunes. Las situaciones de cautiverio –y la familia es una institución cerrada– constituyen un caldo de cultivo para las agresiones repetidas y prolongadas. En estas circunstancias las víctimas pueden sentirse incapaces de escapar del control de los agresores al estar sujetas a ellos por múltiples coacciones y amenazas graves, la

fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales (Corral, 2000).

Si bien en todas las parejas se dan desavenencias, éstas no deben considerarse como sinónimo de violencia. Es más, los conflictos en sí mismos no son negativos y son consustanciales a cualquier relación de pareja. Lo que diferencia a una pareja sana de una pareja violenta es que la primera utiliza formas adecuadas de solución de problemas, mientras que en la segunda el agresor recurre a la violencia como el modo más rápido, efectivo y habitual de zanjar –sólo provisionalmente– un problema.

No deja de ser curioso que las diferencias de sexo condicionen el tipo de violencia experimentada. Cuando un hombre sufre una agresión, ésta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos. Las mujeres, por el contrario, al menos en la mayoría de los casos, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos en el hogar y a manos de su pareja (Echeburúa y Corral, 1998).

En el contexto de la violencia doméstica, una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del agresor, la probabilidad de nuevos episodios –y por motivos cada vez más insignificantes– es mucho mayor. Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia –además de ser un claro reflejo del abuso de poder que ejerce el agresor– supone una estrategia de control de la conducta que se hace cada vez más frecuente. El sufrimiento de la mujer, lejos de constituirse en un revulsivo de la violencia y en suscitar una empatía afectiva, se constituye en un disparador de la agresión (Lorente, 2001).

El maltrato doméstico puede funcionar como una conducta agresiva que se aprende de forma imitativa por los hijos y que se transmite culturalmente a las generaciones posteriores. En concreto, la observación reiterada por parte de los hijos de la violencia ejercida por el hombre a la mujer tiende a perpetuar esta conducta en las parejas de la siguiente generación. De este modo, los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones del hogar. Las niñas aprenden, a su vez, que ellas, al menos hasta cierto punto, deben aceptarla y convivir con ella.

No es fácil responder a la pregunta de por qué los hombres se comportan de forma violenta precisamente en el hogar (un reducto de intimidad y de ternura). El maltrato doméstico es resultado de un estado emocional intenso –la ira–, que interactúa con unas actitudes de

hostilidad, un repertorio de conductas pobre (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etcétera).

Asimismo un hombre tiende a descargar su ira específicamente en aquella persona que percibe como más vulnerable (una mujer, un niño o un anciano) y en un entorno –la familia– en que es más fácil ocultar lo ocurrido. Además, los logros obtenidos con las conductas violentas previas desempeñan un papel muy importante. Muy frecuentemente el hombre maltratador ha conseguido los objetivos deseados con los comportamientos agresivos anteriores. Es decir, la violencia puede ser un método sumamente efectivo y rápido para salirse con la suya.

2. PERFIL PSICOPATOLÓGICO

Los trastornos mentales en sentido estricto son relativamente poco frecuentes (cerca del 20% del total) en los agresores en el hogar (Sanmartín, 2000, 2002), pero, sin embargo, en todos los casos aparecen alteraciones psicológicas en el ámbito del control de la ira, de la empatía y expresión de emociones, de las cogniciones sobre la mujer y la relación de pareja y de las habilidades de comunicación y de solución de problemas.

2.1 Trastornos mentales

A veces hay una cierta relación entre la violencia familiar y los trastornos mentales. En general, las psicosis, en función de las ideas delirantes de celos o de persecución, y el consumo abusivo de alcohol y drogas, que pueden activar las conductas violentas en las personas impulsivas y descontroladas, son los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con la violencia en el hogar.

Se suele observar una presencia abundante de síntomas psicopatológicos –en menor medida, de cuadros clínicos definidos– en los hombres maltratadores. Así, por ejemplo, en el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) el 45% de los maltratadores estudiados presentaba una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15%-20% en la población general. Los motivos de consulta más frecuentes habían sido el abuso de alcohol (37%), los trastornos emocionales (ansiedad y depresión, 16% en ambos casos) y los celos patológicos (32%).

Sin embargo, la constatación de este hecho no supone una explicación unidireccional del maltrato doméstico. La violencia conyugal puede ser parcialmente el efecto de un trastorno mental, pero puede ser ella misma también causante de alteraciones psicopatológicas.

Los factores predictores más habituales de comportamientos violentos entre los enfermos mentales son los siguientes: a) el historial previo de agresiones; b) la negación de la enfermedad y el consiguiente rechazo del tratamiento; c) los trastornos del pensamiento (ideas delirantes de persecución) o de la percepción (alucinaciones relacionadas con fuerzas externas controladoras del comportamiento), con pérdida del sentido de la realidad; d) los daños cerebrales; e) el maltrato recibido en la infancia; y f) el consumo abusivo de alcohol y drogas (Pincus, 2001, Rojas Marcos, 1995).

a) Consumo de alcohol y de drogas

La agresión bajo la influencia directa del alcohol es muy variable y oscila entre el 60% y el 85% de los casos. En estas circunstancias el alcohol –el peor cómplice de la violencia– actúa como un desinhibidor que echa a pique el muro de contención de los frenos morales en los que se ha socializado el agresor y tiene efectos facilitadores de la violencia: pérdidas de memoria, accesos de ira, profunda suspicacia, actos de crueldad, etcétera.

En cualquier caso, el abuso de alcohol no explica en su totalidad la presencia de conductas violentas en los maltratadores. ¿Por qué, por ejemplo, se golpea o humilla a la mujer bajo el efecto del alcohol y no se hace lo mismo con el jefe o con un vecino? Lo que hace el alcohol es activar las conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas (Echeburúa, Amor y Fernández, 2002).

Por lo que se refiere al consumo de drogas, las tasas de incidencia en los hombres violentos son menores y oscilan entre el 13% y el 35% de los sujetos estudiados (Bergman y Brismar, 1993).

b) Celos patológicos

Los celos patológicos constituyen un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva e irracional sobre la infidelidad de la pareja, que provoca una intensa alteración emocional y que lleva al sujeto a desarrollar una serie de conductas comprobatorias con el objetivo de controlar a la otra persona. Lo que define la patología de los celos es la ausencia

de una causa real desencadenante, la intensidad desproporcionada de los celos, el alto grado de interferencia con la vida cotidiana, el gran sufrimiento experimentado y, en último término, la pérdida de control, con reacciones irracionales.

En el contexto de unos celos exagerados e incontrolados, en que éstos constituyen una idea sobrevalorada, tiene lugar una buena parte de la violencia doméstica. De hecho, los accesos de celos son la causa más frecuente de homicidios conyugales e incluso la fuente principal de violencia por parte de la mujer hacia su pareja (Rojas Marcos, 1995).

Los celos patológicos –es decir, los celos infundados o desproporcionados– revisten dos formas principales (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001):

a) Celos pasionales. Surgen de la inseguridad de perder a la pareja y de la envidia de que ésta pueda ser disfrutada por otro. La ansiedad experimentada, en la medida en que afecta profundamente a la autoestima del sujeto y en que produce obcecación, puede cargarse de agresividad y de violencia.

b) Celos delirantes. En este caso se trata de la idea delirante (falsa objetivamente, pero de la que el sujeto tiene, sin embargo, una certeza absoluta) de ser engañado. Este tipo de celos suele ser frecuente en los trastornos psicóticos (paranoia o esquizofrenia paranoide), así como en el alcoholismo. En este último caso el delirio de celos aparece, en las primeras fases, sólo cuando se está bajo el efecto del alcohol y suele estar asociado a los episodios de impotencia experimentados y al rechazo de que es objeto por parte de la pareja; más tarde, sin embargo, los celos se vuelven estables, incluso cuando el sujeto no ha consumido alcohol, lo que suele ocurrir en paralelo con el deterioro de la relación de pareja. El riesgo de agresión a la mujer aumenta considerablemente en estas circunstancias.

Los crímenes pasionales son aquellos que se cometen bajo los efectos de una gran tensión emocional, que enturbia la conciencia. Los ataques de celos y el sentirse despechado, junto con la presencia de comportamientos agresivos y de un repertorio de conductas y de intereses muy limitado y la ausencia de autoestima y de habilidades sociales, son la causa más frecuente de homicidios conyugales.

Con frecuencia estos crímenes se producen una vez consumada la separación de la pareja. Las mujeres que logran abandonar a estos hombres son sometidas a un hostigamiento extremo como método de presión. El varón suele reaccionar con violencia ante las infidelidades o

crisis de convivencia. En último término, el móvil es el sentimiento insuperable de pérdida de algo que creen les pertenece.

El homicida –de edad media y frecuentemente en paro o alcohólico y con historias previas de celos y maltrato– suele acabar por entregarse a la policía o por suicidarse, lo que le diferencia de otros criminales que tratan de ocultar su implicación en el delito.

En la mayoría de los casos la víctima es la pareja y no el rival, ya que es a ella a quien se atribuye la responsabilidad de lo ocurrido y que, de este modo, se evita la presencia de rivales futuros. A veces, sin embargo, las víctimas pueden ser ambas e incluso el propio sujeto (en forma de suicidio). No deja de ser impresionante esta paradoja suprema de los celos patológicos: matar en nombre del amor.

Los principales factores de riesgo para las mujeres víctimas son los siguientes: llevar casadas más de 12 años; haber recibido malos tratos físicos habituales y amenazas de muerte; pertenecer a una clase social baja; haber abandonado a su agresor después de una larga convivencia; y llevar separadas de hecho menos de 9 meses. En estos casos el homicidio es el último episodio de una historia anterior de malos tratos (Cerezo, 2000).

c) Trastornos de personalidad

Asimismo algunos trastornos de personalidad pueden estar implicados en la adopción de conductas violentas en el seno de la familia (White y Gondolf, 2000). En concreto, la psicopatía (o trastorno antisocial de la personalidad), caracterizada por la manipulación, por la falta de empatía en las relaciones interpersonales y por la ausencia de remordimiento ante el dolor causado, propicia la aparición de conductas violentas y crueles. Cuando el maltratador es un psicópata, habitualmente plantea exigencias irracionales, muestra un desapego hacia los hijos, suele ser un parásito, abusa del alcohol o de las drogas, no tiene amigos y es un manipulador que utiliza a los demás en su beneficio (Garrido, 2000, 2001, Hare, 2000).

A su vez, el trastorno borderline, en el que son frecuentes la impulsividad, la inestabilidad emocional y un sentimiento crónico de vacío, propicia la aparición de conductas impredecibles en la relación de pareja.

Por último, el trastorno paranoide, en el que la desconfianza y los recelos están presentes de forma constante, y el trastorno narcisista, en el que el sujeto está necesitado de una estimación permanente, son algunos otros que entrañan un cierto riesgo de violencia en la pareja (Rojas Marcos, 1995).

2.2 Alteraciones psicológicas

Las alteraciones psicológicas pueden ser muy variables pero, de una forma u otra, y a diferencia de los trastornos mentales, están presentes en todos los casos.

a) *Falta de control sobre la ira*

Los maltratadores se caracterizan por la impulsividad, la pérdida de control sobre la ira y, frecuentemente, por una tendencia agresiva generalizada. Se puede hablar de una ira desbordada cuando se dirige de forma desmedida a otros seres humanos, cuando produce consecuencias muy negativas para el bienestar de los demás y de uno mismo e incluso cuando aparece ante estímulos irrelevantes.

La ira viene acompañada de ciertos gestos físicos, como fruncir el ceño, apretar los dientes, sentirse acalorado (*hervir la sangre*), cerrar los puños o hincharse la yugular (Tobeña, 2001).

En estos casos la ira es una respuesta a una situación de malestar (por ejemplo, de estrés en el trabajo o de insatisfacción consigo mismo) o una forma inadecuada de hacer frente a los problemas cotidianos (dificultades en la relación de pareja, control del dinero, problemas en la educación de los hijos, enfermedades crónicas, etcétera) (Echeburúa *et al.*, 2002).

b) *Dificultades en la expresión de las emociones*

Las dificultades de expresión emocional están en el origen de muchos conflictos violentos en el hogar. Muchos hombres han aprendido a no expresar sus sentimientos porque éstos «*son fuente de debilidad*» y «*el hombre debe ser fuerte*» y a no interpretar adecuadamente los sentimientos de su pareja. Los hombres violentos, sobre todo cuando cuentan con una baja autoestima, tienden a percibir las situaciones como amenazantes. De este modo, la inhibición de los sentimientos y esta percepción distorsionada de la realidad pueden conducir a conflictos que, al no saber resolverse de otra manera, se expresan de forma violenta. Pero esta situación lleva a un círculo vicioso: la reiteración de la violencia no hace sino empeorar la baja autoestima del agresor (Dutton y Golant, 1997).

El aislamiento social y, sobre todo, emocional es un factor que aparece con frecuencia en muchos hombres violentos. Al margen del mayor o menor número de relaciones sociales –habitualmente menor–, lo más

característico es la dificultad para establecer relaciones de intimidad o de amistad profunda, lo cual es un reflejo del *analfabetismo emocional* que les caracteriza (Gottman y Jacobson, 2001).

c) *Distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja*

Los hombres maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos.

Es decir, lo importante es la concepción de la mujer como propiedad, como una persona que debe ser sumisa y a la que se debe controlar y la creencia en la violencia como una estrategia adecuada de solucionar problemas. Todo ello viene aderezado con una desconfianza y una actitud de hostilidad ante las mujeres.

Además, tienden a emplear diferentes estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas violentas, como la negación u olvido del problema (*«ni me acuerdo de lo que hice»; «yo no he hecho nada de lo que ella dice»*) o bien su minimización o justificación (*«los dos nos hemos faltado al respeto»*). Asimismo, y por este mismo motivo, tienden a atribuir la responsabilidad del maltrato a la mujer (*«fue ella la que me provocó; es ella la que tiene que cambiar»*), a factores personales (*«soy muy nervioso y ahora estoy pasando una mala racha»*) o a factores externos (*«los problemas del trabajo me hacen perder el control»; «había bebido bastante y al llegar a casa no pude controlarme»*) (Echeburúa y Corral, 2002).

d) *Déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas*

Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, los maltratadores tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres y una baja tolerancia a la frustración, así como estrategias inadecuadas para solucionar los problemas. Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y los sinsabores cotidianos de estas personas, que no tienen por qué ser mayores de lo habitual, generen un estrés permanente y actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

e) *Baja autoestima*

La violencia puede ser una forma desesperada de intentar conseguir una estima que no se logra por otros medios. Se trata de personas inseguras, desvalidas, que están obsesionadas con controlar a su pareja y que, aun no siempre deseándolo, se convierten en agresivas y en mezquinas.

Así, y al margen de los pretextos para la violencia contra la mujer (*tener la casa sucia, no haber acostado aún a los niños, no tener la comida lista, no estar en casa cuando él ha llegado, etcétera*), los maltratadores, al carecer de una autoestima adecuada, se muestran muy sensibles a lo que perciben como una afrenta a su dignidad: haberles llevado la contraria, haberles quitado autoridad delante de los hijos o de otras personas, mostrar una forma de pensar incorrecta, etcétera. Es decir, la violencia doméstica es una violencia por compensación: el agresor intenta superar sus frustraciones con quien tiene más a mano y no le va a responder (Echeburúa *et al.*, 2002).

A modo de resumen, y desde la perspectiva de la prevención, se señalan en la *tabla 1* las señales de alerta que denotan la aparición probable de episodios de violencia por parte del hombre en el hogar.

TABLA 1
SEÑALES DE ALERTA
PERFIL DEL HOMBRE POTENCIALMENTE VIOLENTO EN EL HOGAR
(Echeburúa y Corral, 1998)

<ul style="list-style-type: none"> • Es excesivamente celoso • Es posesivo • Se irrita fácilmente cuando se le ponen límites • No controla sus impulsos • Bebe alcohol en exceso • Culpa a otros de sus problemas • Experimenta cambios bruscos de humor • Comete actos de violencia y rompe cosas cuando se enfada • Cree que la mujer debe estar siempre subordinada al hombre • Ya ha maltratado a otras mujeres • Tiene una baja autoestima

3. TIPOS DE MALTRATADORES

Los agresores contra la mujer no responden a un perfil homogéneo, como lo prueban las diferentes tipologías que se han realizado en diver-

sas investigaciones (*cfr.* Echeburúa , Amor y Fernández-Montalvo, 2000). Ahora bien, los tipos se pueden establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra, del perfil psicopatológico presentado (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) (*tabla 2*).

TABLE 2
TIPOS DE MALTRATADORES
(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, adaptado)

TIPOLOGÍA	Porcentaje	CARACTERÍSTICAS
Extensión de la violencia		
Violentos sólo en el hogar	74%	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercen la violencia sólo en casa • Desencadenantes de la violencia <ul style="list-style-type: none"> * Abuso de alcohol * Celos patológicos * Frustraciones fuera del hogar
Violentos en general	26%	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercen la violencia en casa y en la calle • Maltratados en la infancia • Ideas distorsionadas sobre la violencia
Perfil psicopatológico		
Con déficit en habilidades interpersonales	55%	<ul style="list-style-type: none"> • Carencias en el proceso de socialización que provocan déficit en las relaciones interpersonales • Emplean la violencia como estrategia de afrontamiento
Sin control de los impulsos	45%	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia • Poseen mejores habilidades interpersonales • Conciencia de la inadecuación de la violencia como estrategia de afrontamiento

Por lo que se refiere a la extensión de la violencia, la mayor parte de los sujetos (el 74%) son *violentos sólo en el hogar*. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol o los celos pato-

lógicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.

Por el contrario, los *violentos en general* (el 26%), en los que son frecuentes las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.

En cuanto al perfil psicopatológico, hay personas con *déficit en las habilidades interpersonales* (el 55%), es decir, que no han aprendido unas habilidades adecuadas para las relaciones interpersonales debido a carencias habidas en el proceso de socialización. El recurso a la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución de problemas.

Por otra parte, los maltratadores *sin control de los impulsos* (el 45%) son personas que tienen episodios bruscos e inesperados de descontrol con la ira. Si bien presentan unas habilidades sociales más adecuadas y son más conscientes de que la violencia no es una forma aceptable de resolver los conflictos, se muestran incapaces de controlar los episodios violentos, que surgen en forma de un *trastorno explosivo intermitente*.

En resumen, establecer clasificaciones es interesante, no sólo desde un punto de vista psicopatológico (por ejemplo, a la hora de hacer predicciones), sino principalmente desde una perspectiva clínica. Sólo así se podrán seleccionar de una forma más adecuada las estrategias terapéuticas más idóneas en cada caso.

4. NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El tratamiento psicológico a los agresores domésticos es, junto con otras medidas judiciales y sociales, una actuación necesaria, a pesar de las voces críticas que se han levantado en contra de este tipo de programas (por ejemplo, Lorente, 2001). Ahora bien, *tratar* a un agresor no significa considerarle *no responsable*. Es una falsa disyuntiva considerar al hombre violento como *malo*, en cuyo caso merece las medidas punitivas adecuadas, o como enfermo, necesitado entonces de un tratamiento médico o psiquiátrico (Marshall y Redondo, 2002).

Muchos hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, en el control de los celos, etcétera (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Un tra-

tamiento psicológico –no psiquiátrico, que sólo en algunos casos resulta necesario– puede ser de utilidad para hacer frente a las limitaciones de estos agresores que, aun siendo responsables de sus actos, no cuentan, sin embargo, con las habilidades necesarias para resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana. De lo que se trata es de controlar la conducta actual para que no se repita en el futuro. De este modo, se protege a la víctima y se mejora la autoestima del agresor (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Tratar psicológicamente a un maltratador es hoy posible, sobre todo si el sujeto asume la responsabilidad de sus conductas y cuenta con una mínima motivación para el cambio (Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000). No se debe, por ello, considerar el maltrato como inmodificable, como si fuera una bola de presidiario a la que se está irremisiblemente enganchado. Es más, un mal pronóstico no excluye el intento de un tratamiento. Si no, ello nos llevaría al criterio indefendible del mero almacenamiento de los sujetos en las cárceles. Al margen de las diversas funciones que se atribuyen a las penas –retributiva, ejemplarizante y protectora de la sociedad–, no se puede prescindir de su función prioritaria de reeducación y reinserción social del infractor, según establecen el artículo 25.2 de la Constitución y el artículo 1 de la Ley General Penitenciaria.

Pero incluso desde la perspectiva de la víctima, es un error contraponer la ayuda psicológica a la víctima con el tratamiento al maltratador, con el argumento de hay que volcar todos los recursos sociales y económicos en las víctimas. Una y otra actividad son necesarias. No puede olvidarse que, al menos, un tercio de las mujeres maltratadas que buscan ayuda asistencial o interponen una denuncia siguen viviendo, a pesar de todo, con el agresor. Asistir psicológicamente a la víctima y prescindir de la ayuda al hombre violento es, a todas luces, insuficiente. Pero hay más. Tratar al agresor es una forma de impedir que la violencia, más allá de la víctima, se extienda a los otros miembros del hogar (niños y ancianos), lo que ocurre en un 30% o 40% de los casos (Echeburúa y Corral, 1998).

Si se aboga sólo por las medidas coercitivas con el agresor, se comete otro error. Golpear o maltratar de obra de forma no habitual es una mera *falta* sancionada con arresto de 3 a 6 fines de semana o, alternativamente, con multa de uno a dos meses (artículo 617 del Código Penal); a su vez, el ejercicio de la violencia física o psíquica habitual, según el artículo 153, es un *delito* que está penalizado con una pena que oscila entre 6 meses y 3 años de prisión. Ello quiere decir que el maltratador, por lo general, o bien no entra en prisión (las penas de menos de 2 años –o de 3, si es un toxicómano o alcohólico– impuestas a un delincuente primario suelen

ser objeto de suspensión condicional) y muestra una irritación adicional por la condena, o, si resulta encarcelado, lo es por un corto periodo, con lo cual, en uno y otro caso, aumenta el riesgo de repetición de las conductas violentas contra la pareja (Daly y Pelowski, 2000).

Una razón adicional para el tratamiento de los agresores es el carácter crónico de la violencia contra la mujer. Se trata de una conducta sobreaprendida por parte del maltratador, que está consolidada en su repertorio de conductas por los beneficios logrados: obtención de la sumisión de la mujer, sensación de poder, etcétera (Dutton y Golant, 1997). Si se produce una separación o divorcio y el hombre violento se vuelve a emparejar, se puede predecir que va a haber, más allá del enamoramiento transitorio, una repetición de las conductas de maltrato con la nueva pareja. Por ello, la prevención de futuras víctimas también hace aconsejable el tratamiento psicológico del agresor (*tabla 3*).

TABLA 3
RAZONES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON HOMBRES VIOLENTOS EN EL HOGAR

SEPARACIÓN DE LA PAREJA	CONVIVENCIA CON LA PAREJA
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de homicidio contra la ex esposa. • Acoso, hostigamiento y reiteración de la violencia. • Relación obligada de la mujer con el agresor por diversos vínculos (familiares, económicos, sociales, etc.), que la pone en peligro de ser maltratada. • Posibilidad de reincidencia de los malos tratos con otra mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peligro de que el maltrato continúe o de que, si cesó anteriormente, aparezca de nuevo. • Alta probabilidad de que la violencia se extienda a otros miembros de la familia (hijos, personas mayores, etc.). • Malestar psicológico del agresor, de la víctima y del resto de las personas que conviven en el hogar.

Hay todavía una razón más a favor del tratamiento. A diferencia de lo que se plantea en algunos estudios (Babcock, Green y Robie, 2004; Lorente, 2001), los tratamientos psicológicos de hombres violentos en el hogar ofrecen unos resultados aceptables. Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios: se ha conseguido reducir las conductas de maltrato y evitar la reincidencia, así como lograr un mayor bienestar para el agresor y para la víctima (Austin y Dankwort, 1999; Babcock y Steiner, 1999) (*tabla 4*).

TABLA 4
RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS PROGRAMAS DE
INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES

AUTOR Y AÑO	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Dechner et al. (1986)	1 año	• Mejoría significativa
Harris (1986)	Postratamiento	• Mejoría en un 73% de los casos
Hamberger y Hastings (1988)	Postratamiento	• Mejoría significativa • 51% de abandonos
Edleson y Syers (1990)	6 meses	• Mejoría significativa • 68% de abandonos
Faulkner et al. (1992)	Postratamiento	• Mejoría significativa
Palmer et al. (1992)	1 año	• Mejoría significativa en relación con los maltratadores no tratados
Rynerson y Fishel (1993)	Postratamiento	• Mejoría significativa
Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997)	3 meses	• 48% de rechazos terapéuticos al inicio del programa • 69% de éxito terapéutico con los casos tratados
Taylor et al. (2001)	1 año	• Mejoría significativa

Por último, desde una perspectiva preventiva, en la medida en que disminuya el número de hombres violentos en el hogar, también lo hará la violencia futura. Se trata, en definitiva, de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Echeburúa y Corral, 2002).

5. MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La falta de reconocimiento del problema o la adopción de una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación, dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica. No es, por ello, infrecuente que no se acuda a la consulta o se haga en condiciones de presión (amenazas de divorcio por parte de la pareja, denuncias judiciales, etcétera), con el autoengaño de que esta situación de violencia *nunca más se va a volver a repetir*. Esta actitud es reflejo de la resistencia al cambio. Si bien el temor a la pérdida de la mujer y de los hijos y la perspectiva de un futuro en soledad, así como el miedo a las repercusiones legales y a una pérdida de poder adquisitivo, pueden actuar como un revulsivo, en estos casos no hay una motivación apropiada y el compromiso con el cambio de conducta es escaso y fluctuante (Dutton y Golant, 1997).

Por ello, los tratamientos obligatorios, sin una implicación adecuada del agresor, resultan muy limitados. En concreto, las tasas de éxito en sujetos derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a terapia son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Madina, 1994).

5.1 Motivación inicial

Es preciso evaluar en el primer contacto con el agresor el nivel de motivación para el cambio, así como su grado de peligrosidad actual, porque la protección de la víctima resulta prioritaria en este contexto. En este sentido, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983) puede ser de gran utilidad para identificar el grado de motivación que tiene el paciente para el cambio y para planificar las estrategias de intervención más adecuadas. Este modelo, empleado inicialmente en los trastornos adictivos, permite analizar las etapas y procesos de cambio en los hombres violentos (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque, Gelles y Velicer, 2000) (*tabla 5*). A partir de este marco teórico, las personas que abandonan una conducta adictiva o de maltrato y evolucionan hacia un estilo de vida más adaptativo recorren cinco etapas, que van desde la precontemplación –negar el problema y resistirse al cambio– a la fase de mantenimiento –llevar aproximadamente seis meses o más sin ejercer el maltrato y esforzarse activamente para prevenir la recaída-. Ahora bien, la superación de cada una de las cinco etapas no tiene una duración determinada e incluso una persona puede regresar de la fase de acción o mantenimiento a una etapa previa (precontemplación, contemplación o preparación).

En términos generales, la motivación inicial para el tratamiento en el maltratador suele ser débil e inestable, sobre todo en aquellos pacientes que acuden al tratamiento por vía judicial y que suelen estar en una etapa de precontemplación (Murphy y Baxter, 1997). Conviene, por ello, aprovechar cualquier insinuación favorable para no posponer la consulta. Retener al sujeto en el tratamiento posteriormente puede no ser tan complicado.

En resumen, la decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan varios requisitos previos: reconocer que existe un problema; darse cuenta de que el sujeto no lo puede resolver por sí solo; y, por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el nivel de bienestar actual. El hombre violento va a estar realmente

motivado cuando llega a percatarse de que los *inconvenientes* de seguir maltratando superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance.

TABLA 5
ETAPAS DEL CAMBIO

(Prochaska y DiClemente, 1983; adaptado)

ETAPAS	Aspecto central	Descripción	Expresiones frecuentes
Precontemplación	Negar el problema	No tienen intención de cambiar su comportamiento violento.	<i>«Lo que ella dice es falso»; «ella me provoca todo el tiempo y no me deja en paz»; «la que tiene que cambiar y necesita tratamiento es ella»; «ella también me maltrata psicológicamente»; «puedo controlarme cuando yo quiera»; «hay situaciones en las que no puedo controlarme».</i>
Contemplación	Mostrar ambivalencia (dudar entre cambiar o no)	Están interesados en cambiar, pero no han desarrollado un compromiso firme de cambio.	<i>«Cada vez me doy más cuenta de que mis enfados hacen daño a mi pareja»; «observo que la violencia en mi relación de pareja es un problema»; «creo que sería interesante aprender trucos que me ayudasen a controlarme»; «el problema es que ella nunca cede, pero veo que no podemos seguir así».</i>
Preparación	Estar motivado para cambiar	Se comprometen a cambiar y toman decisiones sobre cómo facilitar el proceso de cambio.	<i>«Desde hace dos semanas no he tenido conflictos violentos con mi mujer»; «estoy decidido a venir a tratamiento y poner de mi parte para estar bien con mi pareja».</i>
Acción	Modificar sus conductas violentas por otras más adaptativas	Cambian su conducta o las condiciones ambientales que afectan a su problema con el fin de superarlo.	<i>«Aunque no resulta fácil, llevo un tiempo sin agredir a mi mujer»; «cuando mi pareja me pone nervioso, la evito yéndome a otra habitación»; «cuando me agobia, hago lo que usted me dijo»; «no es fácil controlarse, pero creo que cada vez lo hago mejor».</i>
Mantenimiento	Presentar un estilo de vida desvinculado de las conductas violentas	Logran eliminar con éxito la conducta problemática y realizan esfuerzos para prevenir la recaída y consolidar las ganancias obtenidas.	<i>«Ahora me controlo mucho, pero aún tengo miedo de volver a ser violento»; «aunque no soy agresivo con mi pareja, a veces tengo la tentación de serlo»; «suelo evitar los conflictos y discusiones porque temo que mi ira se dispare»; «me encuentro mucho mejor que cuando inicié el tratamiento, pero no quiero confiarme».</i>

5.2 Motivación de mantenimiento

Una vez que el sujeto ha acudido a la consulta por vez primera (habitualmente por presión de su pareja o por mandato judicial), se trata de mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. Una cosa es empezar un tratamiento y otra muy distinto concluirlo. De hecho, los abandonos son muy frecuentes en la terapia de los hombres violentos, especialmente en las 3-5 primeras sesiones. Más específicamente, aquellos hombres que están en una fase de precontemplación y que no perciben una vinculación entre sus metas personales y los objetivos del tratamiento –hombres que niegan haber maltratado a su pareja o que no ven muy necesaria la intervención– tienden a abandonar el tratamiento (Cadsky, Hanson, Crawford y Lalonde, 1996; O`Hare, 1996).

Por ello, el objetivo inicial de la terapia es crear en el sujeto una motivación genuina para el cambio de conducta. De este modo, el terapeuta pretende implicar activamente al agresor en el proceso terapéutico y, por tanto, aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento. En este sentido, según Taft, Murphy, Elliott y Morrel (2001) uno de los aspectos que contribuye a que los paciente se mantengan en tratamiento y a prevenir la reincidencia, es aplicar las técnicas de la entrevista motivacional planteadas por Miller y Rollnick (1991, 1999).

En la *tabla 6* se señalan algunas de las estrategias motivacionales comúnmente empleadas, así como algunas otras que están en estudio debido a su potencial utilidad.

TABLA 6
ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES PARA EL TRATAMIENTO

(Adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

<p>ACTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confidencialidad. • Control de las emociones. • Mejoría del estado de ánimo y de la autoestima. • Aprendizaje de habilidades de comunicación y de estrategias de solución de problemas. • Elusión de los términos de maltratador y de culpabilidad. • Tratamiento breve y en horario compatible con el trabajo del sujeto.
<p>EN ESTUDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitación de la empatía con las víctimas. • Tratamiento grupal con ex agresores.

Se trata, en primer lugar, de establecer una relación terapéutica basada en la confianza, en la confidencialidad y en el deseo sincero de ayuda por parte del terapeuta, lo que implica advertir al sujeto, en un clima exento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta. Asimismo hay que persuadir al sujeto de las ventajas de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer relaciones de pareja adecuadas, mejorar su autoestima y valoración social, etcétera. También es preferible eludir el término maltratador o agresor cuando el terapeuta se dirige al sujeto, debido a las connotaciones semánticas tan negativas que contiene este término. Se puede hablar en su lugar, de una forma eufemística, del tratamiento de las conductas violentas, tratamiento para hombres, tratamiento de hombres con dificultades, etcétera. Además hay que crear un contexto terapéutico que fomente la *responsabilidad* del maltrato, más que la *culpa-bilidad* (debido a las implicaciones jurídicas negativas de este término). Asimismo conviene proponer un tratamiento breve –en torno a cuatro meses– y, siempre que se pueda, en horario compatible con el trabajo del sujeto. Y, por último, hay que generar unas expectativas de cambio realistas en el sujeto. Eliminar la ira o los celos por completo no es un objetivo alcanzable, pero sí lo es, en cambio, mantenerlos bajo control y canalizarlos de una forma adecuada.

Otras estrategias motivacionales que están siendo en estos momentos objeto de estudio son las siguientes:

a) *Facilitación de la empatía con las víctimas de maltrato*, a través, por ejemplo, de la observación de vídeos con testimonios de mujeres agredidas o de la redacción de una carta a la víctima. Mostrar empatía con las víctimas de maltrato y, en especial, con su pareja es de suma importancia porque supone que la persona es consciente del dolor generado por los comportamientos violentos.

b) *Tratamiento grupal de maltratadores dirigido conjuntamente por terapeutas y por ex agresores ya tratados*. El papel desempeñado por estos últimos puede ser muy importante porque facilitan la identificación de los sujetos con ellos. Es decir, pueden servir como modelos, ya que han conseguido abandonar la violencia y les pueden enseñar a los agresores actuales otras estrategias de solución de sus problemas –conflictos interpersonales, estados emocionales estresantes o de ira, etcétera– más adecuadas (Echeburúa y Corral, 1998).

6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PROPUESTO

La intervención clínica puede llevarse a cabo en un entorno comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), especialmente cuando la pareja sigue unida y cuando la violencia no es excesivamente grave, o en un medio penitenciario, cuando el agresor está recluido en prisión y, especialmente, cuando está próximo a la excarcelación. En este último caso, se trata de que el maltratador, al que se considera responsable de los delitos violentos cometidos contra su pareja, no reincida cuando recupere la vida en libertad.

6.1 Factores básicos de la terapia

Los agresores domésticos deben cumplir con unos requisitos previos antes de comenzar propiamente con la intervención clínica: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, así como del daño producido a la mujer; mostrar una motivación mínima para el cambio; y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento, a nivel formal (asistencia a las sesiones, realización de las tareas prescritas, etcétera) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia).

6.2 Intervención psicológica

El tratamiento con hombres maltratadores debe ser directivo en el marco de un contexto terapéutico cálido. Asimismo la terapia debe contar con objetivos concretos y realistas y atenerse a las necesidades específicas de cada sujeto.

a) Formato del tratamiento

Aunque la intervención clínica con agresores en el hogar puede tener múltiples formatos, lo más conveniente es una intervención individual ajustada a las necesidades específicas de cada persona. Ahora bien, en una fase inicial, puede ser de gran utilidad, y siempre que sea posible (por ejemplo, en un contexto penitenciario), un tratamiento grupal.

Las sesiones grupales, que pueden estar dirigidas por terapeutas junto con algún ex maltratador que actúe como modelo, tienen como objetivo neutralizar los mecanismos habituales de negación, minimización y atri-

bución causal externa de las conductas violentas. Se trata asimismo de generar conciencia del problema y de ayudar a asumir la responsabilidad propia, así como de hacer ver que el cambio es posible y de desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para abordar las dificultades cotidianas. Expresar la necesidad de cambio –asumida como decisión propia y no como resultado de las presiones externas– e interrumpir la cadena de la violencia son los objetivos fundamentales de estos grupos terapéuticos y el requisito imprescindible para abordar otras metas de mayor alcance (Corsi, 1995).

En la siguiente fase, conviene aplicar un tratamiento individual que conste de un programa terapéutico breve y bien estructurado, con objetivos concretos y con un formato modular flexible. Es decir, el programa debe contar con técnicas variadas, que se aplican en cada caso a la medida del sujeto. No debe olvidarse que, al margen del punto básico en común a todos los agresores –la conducta de maltrato–, las motivaciones y los aspectos psicopatológicos implicados difieren de unos casos a otros (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

En general, la modalidad clínica debe contar con 15-20 sesiones, de una hora de duración, y con una periodicidad semanal. La duración aproximada de la intervención, excluidas las evaluaciones, es de 4 meses. A efectos de comprobar la consolidación del cambio de conducta, se debe llevar a cabo un seguimiento de 1-2 años (con controles a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses). Asimismo el terapeuta debe ser un psicólogo clínico preferiblemente varón, al menos en las primeras fases del tratamiento. La presencia de una mujer como terapeuta en este contexto podría distorsionar la calidad de la relación terapéutica.

Por otra parte, está contraindicada, sin embargo, la terapia de pareja, al menos en las primeras fases del tratamiento. La presencia de la violencia distorsiona la relación de tal forma que no es posible este tipo de terapia. La mujer estaría tan inhibida o rabiosa en presencia de su pareja que no se obtendría beneficio de este contexto terapéutico. Además, cuando un maltratador exige desde el primer momento una terapia de pareja, no se responsabiliza de la violencia ejercida ni muestra signos de tener conciencia de su problema o disposición para cambiar.

b) Contenido del tratamiento

El programa está compuesto por diversas técnicas encaminadas al desarrollo de la empatía, al control de los impulsos violentos y al aprendizaje de las estrategias de actuación adecuadas ante los conflictos. En

concreto, se pone el énfasis en la educación sobre el proceso de la violencia, el afrontamiento adecuado de la ira y de las emociones negativas, el control de los celos y del consumo excesivo de alcohol, la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales respecto a los roles sexuales y a la utilización de la violencia como forma adecuada de resolver los conflictos, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas, la educación sexual, etcétera (Echeburúa y Corral, 1998; Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler y Sandin, 1997).

En la *tabla 7* aparece un resumen de los principales aspectos psicopatológicos tratados en el programa de intervención y de las técnicas terapéuticas utilizadas para cada uno de ellos.

En una primera fase del tratamiento es conveniente ayudarle al sujeto a desarrollar la empatía con la víctima por medio de diversos ejercicios (vídeos, relatos autobiográficos, testimonios) y técnicas de expresión de emociones. Se trata de fomentar una *empatía emocional* (sentir lo que realmente le ocurre a la víctima) y una *empatía de acción* o *vínculo de compromiso* (actuar positivamente a favor de la víctima), no meramente una empatía cognitiva (comprender lo que le ocurre). En realidad, la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para comprender mejor lo que piensa y lo que puede originarle sufrimiento, así como para darse cuenta de sus diversas necesidades sociales (Garrido y Beneyto, 1995; Marshall, 2001).

Asimismo resulta útil explicar al sujeto, desde un enfoque psicoeducativo, el ciclo de la violencia (Walker, 1984): 1) el *desarrollo de la tensión*; 2) la *explosión o episodio de violencia aguda*; y 3) el *arrepentimiento*. También es de interés proporcionarle información sobre la ira: el objetivo no es eliminarla, sino controlarla y canalizarla por medio de unas conductas no problemáticas. Se trata de ayudar al sujeto a que aprenda a identificar tempranamente los *pensamientos calientes* (reproches desmedidos por una conducta percibida como inapropiada, injusticias o agravios pasados), los sentimientos (venganza o humillación) y las conductas (chillidos o gestos amenazantes) que disparan la reacción de ira. De este modo, se aprende a frenar voluntariamente la escalada de un proceso que puede llevar a la violencia descontrolada (Echeburúa et al., 2002).

TABLA 7
GUÍA BÁSICA DE TRATAMIENTO
 (Adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Déficit de empatía y analfabetismo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para desarrollar la empatía (vídeos, relatos autobiográficos, testimonios, etc.) y técnicas de expresión de emociones.
Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre la igualdad de los sexos. • Reestructuración cognitiva.
Ira descontrolada	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira. • Suspensión temporal. • Distracción cognitiva. • Entrenamiento en autoinstrucciones.
Control de emociones: ansiedad/estrés, sintomatología depresiva (tristeza), celos patológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. • Relajación. • Actividades gratificantes.
Déficits de asertividad y de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficits en la resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en solución de problemas.
Déficits en las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre la sexualidad en la pareja.

Más tarde, cuando la persona es ya capaz de detectar las situaciones antecedentes facilitadoras de la ira, los pensamientos activadores y los cambios fisiológicos (sentirse acalorado, fruncir el ceño o cerrar los puños), deberá emplear la técnica de la *suspensión temporal* (alejamiento físico y psicológico de la situación asociada con la ira hasta que los pensamientos *calientes* se hayan enfriado). En este contexto de ausencia temporal puede ser de interés recurrir a otras técnicas complementarias, como la distracción cognitiva y las autoinstrucciones positivas.

La reestructuración cognitiva de las ideas distorsionadas sobre los roles sexuales (el papel de la mujer o el significado de la vida en pareja) y sobre la violencia como forma de solución de problemas es asimismo una tarea necesaria.

En una fase posterior se pueden ensayar, según los casos, otras estrategias terapéuticas, como la relajación, el entrenamiento en solución de

problemas y la enseñanza de habilidades de comunicación, que es una forma de canalizar la ira y un buen antídoto contra la agresión.

Asimismo un aspecto psicopatológico que no puede eludirse en algunos sujetos y que requiere una intervención específica es el relativo a los celos patológicos, tratados mediante técnicas de reestructuración cognitiva y saciación (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).

El programa tiene un formato individual. No obstante, algunas sesiones –en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación– se han realizado, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo ha requerido y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento hasta ese momento ha sido positivo.

6.3 Prevención de recaídas

El objetivo de cualquier intervención terapéutica es consolidar el cambio de conducta a largo plazo. Las recaídas son más frecuentes en los primeros meses tras la terminación del tratamiento. Al cabo de 1-2 años de mantenimiento las nuevas estrategias aprendidas suelen haberse incorporado al repertorio de conductas del sujeto.

En la prevención de recaídas se tratan diferentes aspectos que están con frecuencia asociados a la recaída, en concreto los déficits de autoestima y el consumo abusivo de alcohol y drogas. La evitación de la reincidencia supone aprender a identificar las situaciones de riesgo que pueden llevar al descontrol en el comportamiento y a utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas que puedan incorporarse al repertorio de conductas. Por lo que se refiere al consumo abusivo de alcohol, se corrige a través de un programa de bebida controlada. Si se trata de un problema de alcoholismo en sentido estricto, es preciso derivar al paciente a un Centro de Salud Mental. Por último, se le orienta al sujeto hacia la creación de un estilo de vida positivo, que hace menos probable la adopción de comportamientos violentos (*tabla 8*).

En cuanto a la aplicación concreta de este programa en un medio comunitario, el lector interesado puede encontrar una información más pormenorizada sobre la guía completa de evaluación y tratamiento en Echeburúa y Corral (1998) y, respecto a la aplicación en un medio penitenciario, en Echeburúa *et al.* (2002).

TABLA 8
GUÍA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

(Adaptación de Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002)

Objetivos terapéuticos	Técnicas
Déficits en autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación cognitiva. • Establecimiento de metas positivas.
Consumo abusivo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de consumo controlado.
Evitación de la reincidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones de riesgo. • Aprendizaje de estrategias de afrontamiento. • Creación de un estilo de vida positivo.

6.4 Resultados obtenidos

Este programa completo ha sido puesto a prueba en un estudio-piloto con 31 hombres violentos en el hogar en un medio comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Los resultados obtenidos han mostrado una tasa de éxitos del 81% al finalizar el tratamiento, que se redujo, sin embargo, al 69% en el seguimiento de los 3 meses. Lo que se ha entendido por éxito es la desaparición completa de la violencia física y la reducción significativa de la violencia psíquica, todo ello considerado tanto por el agresor como por la víctima.

En las variables psicopatológicas asociadas (celos, abuso de alcohol, irritabilidad, etcétera) se ha producido asimismo una mejoría estadísticamente significativa. Sin embargo, la tasa de rechazos y de abandonos ha sido alta. En concreto, del total de la muestra inicial (31 sujetos), un 48% (15 pacientes) ha rechazado iniciar –o ha abandonado prematuramente– la intervención. Los abandonos se han producido en las 3-5 primeras sesiones, cuando la relación terapeuta-paciente no es tan sólida y cuando aún el sujeto no ha visto con claridad las ventajas del cambio de conducta.

Los resultados obtenidos son alentadores. Si bien no está resuelto el problema del alto grado de abandonos (cercano a la mitad), sobre todo al comienzo del tratamiento, lo que exige ahondar más en las estrategias motivacionales, los beneficios terapéuticos mantenidos con el transcurso del tiempo afectan a los dos tercios de los que han concluido el tratamiento. Estos resultados, sin ser concluyentes, son, cuando menos, esperanzadores.

Las investigaciones preliminares que analizan las tasas de reincidencia en este tipo de programas (Hamberger y Hastings, 1988, o Shepard, 1992, por ejemplo) ponen de manifiesto que el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia y que las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida.

Actualmente está en marcha un programa terapéutico grupal de hombres violentos contra la mujer en las prisiones españolas, basado en el tratamiento descrito en Echeburúa y Corral (1998) y complementado con un manual de autoayuda para los presos (Echeburúa *et al.*, 2002). La evaluación inicial en prisión ha sido satisfactoria, pero todavía no hay resultados disponibles sobre la efectividad de este programa a largo plazo (cuando se haya producido la excarcelación).

7. CONCLUSIONES

Sólo una pequeña parte de los maltratadores (en torno al 20%) presenta propiamente un trastorno mental. ¿Cómo puede explicarse, si no, que la violencia se desate exclusivamente contra la pareja y sólo dentro de los límites del hogar? (Dutton y Golant, 1997; Echeburúa y Corral, 2002).

Sin embargo, y aun no estando afectados propiamente por trastornos psicopatológicos específicos, excepto en una minoría, los agresores muestran una presencia abundante de síntomas psicopatológicos (celos patológicos, abuso de alcohol, irritabilidad, falta de control de los impulsos, déficits de autoestima e inadaptación a la vida cotidiana) y de distorsiones cognitivas en relación con el papel social de la mujer y con la legitimación del uso de la violencia, así como con la aceptación de la responsabilidad del maltrato (Madanes, Keim y Smelser, 1998).

La violencia en el hogar es destructiva para la víctima y para el agresor y tiende a generar, si bien no en todos los casos, niños agresivos que pueden serlo también de mayores. De hecho, los adultos violentos suelen crecer con frecuencia en los hogares patológicos azotados por el abuso, las discordias continuas y los malos tratos. Desde esta perspectiva, la falta de un modelo paterno adecuado propicia la adquisición de una baja autoestima en el niño y dificulta su capacidad para aprender a modular la intensidad de los impulsos agresivos (Rojas Marcos, 1995).

Empieza a haber ahora programas de tratamiento para hombres violentos en el hogar, bien en un régimen comunitario, bien en prisión o

bajo control judicial (Echeburúa et al., 2002; Echeburúa y Corral, 1998). *Tratar a un maltratador* no significa verlo como *enfermo* y considerarle no responsable. Pero no se debe considerar el maltrato como inmodificable, como si fuera una bola de presidiario a la que se está irremediablemente enganchado. No se trata de estigmatizar a estas personas, sino de ayudarles a superar sus carencias psicológicas.

Desde una perspectiva psicológica, el objetivo del tratamiento debe orientarse al control de la violencia, al margen de la posible reconciliación conyugal, y no puede limitarse a la detención de la agresión física con alguna técnica de control de la ira. Lo que es más difícil de controlar es el maltrato psicológico, que puede continuar aun después de haber cesado la violencia física.

Un aspecto importante –y común a todos los programas de intervención destinados a los hombres violentos en el hogar– es el alto nivel de rechazos y abandonos de la terapia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Hamberger y Hastings, 1988). En este sentido, el tratamiento resulta un instrumento útil en aquellos casos en los que el agresor es consciente de su problema, asume su responsabilidad en los episodios de violencia y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo. En estos casos existen programas de tratamiento psicológicos que han mostrado su eficacia en la terapia de los hombres violentos, con unos resultados claramente esperanzadores si los sujetos implicados concluyen el programa propuesto (White y Gondolf, 2000).

Las perspectivas de futuro se centran en la aplicación de un tratamiento individual, ajustado a las necesidades específicas de cada persona, intercalado con sesiones grupales de hombres violentos, en el marco global de un programa de violencia familiar, en un contexto preciso (en la comunidad, en prisión o bajo vigilancia judicial, según los casos) y con un tratamiento psicofarmacológico de control de la conducta violenta, a modo de apoyo complementario, en algunos casos de sujetos especialmente impulsivos o con trastornos del estado de ánimo (Cervelló, 2001; Maiuro y Avery, 1996). El programa terapéutico debe ser prolongado (al menos, de 4 meses) y con unos controles de seguimiento regulares y próximos que cubran un período de 1 o 2 años.

Por último, la motivación para el tratamiento es el motor del cambio y la piedra angular del éxito en un programa terapéutico con maltratadores. No se trata tan sólo de la motivación inicial para acudir a la consulta, sino de la motivación necesaria para mantenerse en el tratamiento y cumplir adecuadamente con las prescripciones terapéuticas. Actualmente se están realizando esfuerzos para adaptar el análisis y las estrategias motivacionales –que con anterioridad se han aplicado al cambio en las conductas

adictivas (Miller y Rollnick, 1991, 1999; Prochaska, 1979; Prochaska y DiClemente, 1983)– al ámbito de la violencia doméstica (Eckhardt *et al.*, 2004; Levesque *et al.*, 2000). Conseguir una mejora en la motivación es el principal reto de futuro.

Por último, la prevención de la violencia familiar no ha hecho sino dar sus primeros pasos, pero se está en el buen camino. Las vías de actuación deben ser diversas: a nivel escolar y familiar, la educación igualitaria y no sexista basada en el respeto y en la buena convivencia, así como en el rechazo de la violencia como una forma de solución de problemas; a nivel social, el apoyo a las necesidades básicas (económicas, psicológicas y jurídicas) de las víctimas, así como un cambio cultural que genere una opinión más favorable hacia las víctimas y que, al mismo tiempo, disuada a los potenciales agresores; a nivel profesional, la preparación a los profesionales implicados (médicos de atención primaria, psicólogos clínicos, etcétera) en la detección temprana del problema; y a nivel judicial, la toma de decisiones rápidas y efectivas. De esta forma, las mujeres, al percibir que el maltrato no es un mero asunto *privado* y que este tipo de conductas son objeto de rechazo por parte de la comunidad, se van a mostrar más intolerantes con las conductas de violencia y, llegado el caso, pueden adoptar en el momento oportuno las medidas adecuadas. Sólo así, desde esta perspectiva amplia, se puede atajar el problema y disuadir a los posibles agresores de implicarse en conductas violentas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSTIN, J. B. Y DANKWORT, J. (1999): *The impact of a batterers' program on battered women*. Violence Against Women 5, 25-42.
- BABCOCK, J. C., GREEN, C.E. Y ROBIE, C. (2004): *Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment*. Clinical Psychology Review, 23, 1023-1053.
- BABCOCK, J. C. Y STEINER, R. (1999): *The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering: A program evaluation of Seattle's coordinated community response to domestic violence*. Journal of Family Psychology 13, 46-59.
- BERGMAN, B. Y BRISMAR, B. (1993): *Assaultants and victims. A comparative study of male wife-beaters and battered males*. Journal of Addictive Diseases, 123, 1-10.
- CADSKY, O., HANSON, R.K., CRAWFORD, M. Y LALONDE, C. (1996): *Attrition from a male batterer treatment program: Client-treatment congruence and lifestyle instability*. Violence and Victims, 11, 51-64.
- CEREZO, A.I. (2000): *El homicidio en la pareja: tratamiento criminológico*. Valencia. Tirant lo Blanch.

- CERVELLÓ, V. (2001): *Tratamiento penal y penitenciario del enfermo mental*. En Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias. El tratamiento penitenciario: posibilidades de intervención. Madrid. AltaGrafics Publicaciones.
- CORRAL, P. (2000): *Violencia contra la mujer*. Debats, 70-71, 94-102.
- CORSI, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja*. Barcelona. Paidós.
- DALY, J. E. Y PELOWSKI, S. (2000): *Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice*. Violence and Victims, 15, 137-160.
- DECHNER, J. P., McNEIL, J. S. Y MOORE, M. G. (1986): *A treatment model for batterers*. Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, January, 55-60.
- DUTTON, D. G. Y GOLANT, S. K. (1997): *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires. Paidós.
- ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P. (1998): *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P. (2002): *Violencia en la pareja*. En J. Urra (ed.). Tratado de psicología forense. Madrid. Siglo XXI.
- ECHEBURÚA, E. Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1997): *Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto*. Análisis y Modificación de Conducta, 23, 627-654.
- ECHEBURÚA, E. Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (2001): *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona. Ariel.
- ECHEBURÚA, E., AMOR, P. J. Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (2000): *¿Por qué y cómo tratar a los maltratadores en el hogar?* En M. Lameiras y J.M. Faílde (Eds.). La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI: posibilidades y retos (pp. 337-358). Madrid. Dykinson.
- ECHEBURÚA, E., AMOR, P. J. Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (2002): *Vivir sin violencia*. Madrid. Pirámide.
- ECHEBURÚA, E., FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. Y DE LA CUESTA, J. L. (2001): *Articulación de medidas penales y psicológicas en el tratamiento de los hombres violentos en el hogar*. Psicopatología Clínica legal y Forense, 1, 19-31.
- ECKHARDT, C.I., BABCOCK, J. Y HOMACK, S. (2004): *Partner assaultive men and the stages and processes of change*. Journal of Family Violence, 19, 81-93.
- EDLESON, J. Y SYERS, M. (1990): *Relative effectiveness of group treatments for men who batter*. Social Work Research and Abstracts, January, 10-17.
- FAULKNER, K., STOLTEMBERG, C. D., COGEN, R., NOLDER, M. Y SHOOTER, E. (1992): *Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers*. Journal of Family Violence, 7, 37-55.
- 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.
- GARRIDO, V. (2000): *El psicópata*. Valencia. Algar.
- GARRIDO, V. (2001): *Amores que matan*. Valencia. Algar.
- GARRIDO, V. Y BENEYTO, M. J. (1995): *El control de la agresión sexual*. Valencia. Cristóbal Serrano Villalba.
- GOTTMAN, J. Y JACOBSON, N. (2001): *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona. Paidós.

- HAMBERGER, L. K. Y HASTINGS, J. E. (1988): *Skills training for treatment of spouse abusers: an outcome study*. Journal of Family Violence, 3, 121-130.
- HAMBERGER, L. K., LOHR, J. M. Y GOTTLIEB, M. (2000): *Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program*. Behavior Modification, 24, 528-552.
- HARE, R. D. (2000): *La naturaleza del psicópata: algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana*. En A. Raine y J. Sanmartín (eds.). Violencia y psicopatía. Barcelona. Ariel.
- HARRIS, J. (1986): *Counseling violent couples using Walker's model*. Psychotherapy, 23, 613-621.
- HOLTZWORTH-MUNROE, A., BATES, L., SMUTZLER, N. Y SANDIN, E. (1997): *A brief review of the research on husband violence*. Aggression and Violent Behavior, 2, 65-69.
- LEVESQUE, D. A., GELLES, R. J., Y VELICER, W. F. (2000): *Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment*. Cognitive and Therapy Research, 24, 175-200.
- LORENTE, M. (2001): *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Crítica.
- MADANES, C., KEIM, J. P. Y SMELSER, D. (1998): *Violencia masculina*. Barcelona. Granica.
- MADINA, J. (1994): *Perfil psicossocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar*. En E. Echeburúa (ed.). Personalidades violentas. Madrid. Pirámide.
- MAIURO, R. D. Y AVERY, D. H. (1996): *Psychopharmacological treatment of aggressive behavior: Implications for domestically violent men*. Violence and Victims, 11, 239-261.
- MARSHALL, W. L. Y REDONDO, S. (2002): *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona. Ariel.
- MILLER, W. R. Y ROLLNICK, S. (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press. New York.
- MILLER, W. R. Y ROLLNICK, S. (1999): *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Guilford Press. New York.
- MURPHY, C. M. Y BAXTER, V. A. (1997): *Motivating batterers to change in the treatment context*. Journal of Interpersonal Violence, 12, 607-619.
- O'HARE, T. (1996): *Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change*. Social Work, 41, 417-422.
- PALMER, S., BROWN, R. Y BARRERA, M. (1992): *Group Treatment Program for Abusive Husbands: Long-Term Evaluation*. American Journal of Orthopsychiatry, 62, 276-283.
- PINCUS, J. (2001): *Basic Instincts: What Makes Killers Kill*. Washington. Norton.
- PROCHASKA, J. O. (1979): *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Dorsey Press. Homewood, IL.
- PROCHASKA, J. O. Y DiCLEMENTE (1983): *Stages and proceses of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395.
- ROJAS MARCOS, L. (1995): *Las semillas de la violencia*. Madrid. Espasa Calpe.
- RYNERSON, B. C. Y FISHEL, A. H. (1993): *Domestic violence prevention training: participants characteristics and treatment outcome*. Journal of Family Violence, 8, 253-266.
- SANMARTÍN, J. (2000): *La violencia y sus claves*. Barcelona. Ariel.
- SANMARTÍN, J. (2002): *La mente de los violentos*. Barcelona. Ariel.
- SARASUA, B. Y ZUBIZARRETA, I. (2000): *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.

- SHEPARD, M. (1992): *Predicting batterer recidivism five years after community intervention*. Journal of Family Violence, 7, 3, 167-178.
- TAFT, C. T., MURPHY, C. M., ELLIOTT, J. D. Y MORREL, T. M. (2001): *Attendance enhancing procedures in group counseling for domestic abusers*. Journal of Counseling Psychology, 48, 51-60.
- TAYLOR, B., DAVIS, R. Y MAXWELL, C. (2001): *The effects of a group batterer program: A randomized experiment in Brooklin*. Justice Quarterly, 18, 170-201.
- TOBEÑA, A.(2001): *Anatomía de la agresividad humana*. Barcelona. Galaxia Gutenberg.
- WALKER, L. E. (1984): *The battered woman syndrome*. New York. Springer.
- WHITE, R. J. Y GONDOLF, E. W. (2000): *Implications of Personality Profiles for Batterer Treatment*. Journal of Interpersonal Violence, 15, 467-488.