

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

6.4.1. Tratamiento de la violencia de pareja: Tratamiento psicológico de los hombres agresores contra la pareja

Profesor: © Enrique Echeburúa Odriozola



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

1. Necesidad de la intervención psicológica.....	3
2. Motivación para el tratamiento	7
2.1. Motivación inicial.....	7
2.2. Motivación de mantenimiento.....	8
3. Tratamiento psicológico propuesto.....	10
3.1. Factores básicos.....	10
3.2. Intervención psicológica.....	11
3.3. Prevención de recaídas.....	15
3.4. Resultados obtenidos.....	16
4. Conclusiones.....	17
Lecturas recomendadas.....	20

1. 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.

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. Un tratamiento 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.

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. 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.

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 173.2, 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 5, 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.

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. 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 1).

TABLA 1
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, 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 (*tabla 2*).

TABLA 2
RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS PROGRAMAS DE
INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES

AUTOR Y AÑO	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Dechner <i>et al.</i> (1986)	1 año	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa
Harris (1986)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría en un 73% de los casos
Hamberger y Hastings (1988)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa 51% de abandonos
Edleson y Syers (1990)	6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa 68% de abandonos
Faulkner <i>et al.</i> (1992)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa
Palmer <i>et al.</i> (1992)	1 año	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa en relación con los maltratadores no tratados
Rynerson y Fishel (1993)	Postratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Mejoría significativa
Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997)	3 meses	<ul style="list-style-type: none"> 48% de rechazos terapéuticos al inicio del programa 69% de éxito terapéutico con los casos tratados
Taylor <i>et al.</i> (2001)	1 año	<ul style="list-style-type: none"> 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.

2. 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.

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.

2.1. Motivación inicial

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.

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 cualquier caso, la motivación inicial para el tratamiento en el maltratador suele ser débil e inestable. Conviene, por ello, aprovechar cualquier insinuación favorable para no posponer la consulta. Retener al sujeto en el tratamiento posteriormente puede no ser tan complicado.

2.2. 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 distinta concluirlo. De hecho, los abandonos son muy frecuentes en la terapia de los hombres violentos, especialmente en las 3-5 primeras sesiones.

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 la *tabla 3* se señalan algunas de las estrategias motivacionales comúnmente empleadas, así como algunas otras que están en estudio debido a su potencial utilidad.

TABLA 3
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 <i>maltratador</i> y de <i>culpabilidad</i>.• 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, de hombres con dificultades, etcétera. Además hay que crear un contexto terapéutico que fomente la *responsabilidad* del maltrato, más que la *culpabilidad* (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 están siendo en estos momentos objeto de estudio, como pueden ser la 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) y el tratamiento grupal de maltratadores dirigido conjuntamente por terapeutas y por ex agresores ya tratados. En este caso, 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.

3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PROPUESTO

La intervención clínica puede llevarse a cabo en un entorno comunitario, especialmente cuando la pareja sigue unida y cuando la violencia no es excesivamente grave, o en un medio penitenciario, cuando el agresor está recluso 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.

3.1. 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).

3.2. 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

La intervención clínica con agresores en el hogar debe ser individual y, a modo complementario y siempre que sea posible (por ejemplo, en un contexto penitenciario), grupal, sin desatender por ello las necesidades específicas de cada persona. 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 atribución 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.

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.

El programa terapéutico debe ser 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.

En general, la modalidad clínica debe contar con 15-20 sesiones, de una hora de duración, y con una periodicidad semanal (*tabla 4*). 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 llegar a cabo un seguimiento de 1-2 años (con controles a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses).

TABLA 4
CARACTERÍSTICAS DE LA MODALIDAD TERAPÉUTICA
(Adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

MODALIDAD	Individual
TERAPEUTA	Psicólogo clínico (varón)
Nº DE SESIONES	15-20
PERIODICIDAD	Semanal
DURACIÓN DE CADA SESIÓN	1 hora
DURACIÓN TOTAL DEL PROGRAMA	4 meses (15 horas)
SEGUIMIENTO	1-2 años

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.

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.

En la *tabla 5* 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.

TABLA 5
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.

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 .

Asimismo resulta útil explicar al sujeto, desde un enfoque psicoeducativo, el ciclo de la violencia: 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.

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.

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.

3.3. 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 6*).

TABLA 6
GUÍA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
(Adaptación de Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002)

Objetivos terapéuticos	Técnicas
Déficits en autoestima	Reevaluación cognitiva. Establecimiento de metas positivas.
Consumo abusivo de alcohol y drogas	Programa de consumo controlado.
<i>Evitación de la reincidencia</i>	Identificación de situaciones de riesgo. Aprendizaje de estrategias de afrontamiento. Creación de un estilo de vida positivo.

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).

3.4. 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. 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 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).

4. CONCLUSIONES

La intervención con los maltratadores es un asunto muy complejo y lleno de controversias. Son múltiples los sistemas implicados en la toma de decisiones para acabar con el ciclo de la violencia en el hogar. Tanto el sistema judicial, por un lado, como los profesionales de la salud mental y de los servicios sociales, por otro, deben dirigir sus esfuerzos a encontrar métodos para solucionar este problema. Frente a posicionamientos más bien simplistas, el tratamiento psicológico no es tanto una alternativa a las medidas judiciales, sino más bien algo complementario. Desde mi punto de vista, lo razonable es integrar uno y otro tipo de medidas con arreglo a las posibilidades que ofrece el Código Penal.

La entrada de la violencia doméstica en el sistema de justicia criminal puede ser necesaria para la protección de la víctima, pero resulta insuficiente en muchos casos para reducir el maltrato de forma permanente. Por ello, es preciso complementar la acción de la justicia con los programas de intervención psicológica.

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. 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.

Sin embargo, la heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas. Quizá convenga en un futuro depurar las guías de tratamiento en función de las diversas variables implicadas (modalidades terapéuticas, número de sesiones, formato individual o grupal, etcétera) y de los distintos tipos de maltrato y de maltratadores, así como de los posibles trastornos mentales o de personalidad asociados.

Desde una perspectiva predictiva, los factores asociados al éxito terapéutico son los siguientes: la juventud del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja.

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. El programa terapéutico debe ser prolongado (al menos, de 6 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. Conseguir una mejora en la motivación es el principal reto de futuro.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cerezo, A.I. (2000). *El homicidio en la pareja: tratamiento criminológico*. Valencia. Tirant lo Blanch.

Cobo, J.A. (1999). *Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formularios*. Barcelona. Masson.

Echeburúa, E., Amor, P.J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia*. Madrid. Pirámide.

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. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona. Ariel.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (Eds.) (2009). *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja*. Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Gottman, J. y Jacobson, N. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona. Paidós.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Crítica.

Madanes, C., Keim, J.P. y Smelser, D. (1998). *Violencia masculina*. Barcelona. Granica.

Quinteros, A. y Carbajosa, P. (2008). *Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid. Editorial Grupo 5.

Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.