
Caracterización, tipologías y aspectos relevantes en el trabajo con agresores de pareja

1. Perfil psicopatológico de los hombres que ejercen violencia contra su pareja
 - 1.1. Trastornos mentales
 - 1.2. Alteraciones psicológicas
 2. Tipologías de hombres violentos contra la pareja
 3. Principios clave y habilidades clínicas en el trabajo con agresores de pareja
 4. Intervención psicológica
 - 4.1. Necesidad de la intervención psicológica
 - 4.2. Motivación para el cambio y el tratamiento
 5. Tratamiento psicológico propuesto
- Referencias

PEDRO JAVIER AMOR ANDRÉS
Facultad De Psicología
(*UNED*)

1. Perfil psicopatológico de los hombres que ejercen violencia contra su pareja

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.

1.1. 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). Otras investigaciones más recientes han encontrado otras dos variables de riesgo más: a) una considerable diferencia de edad entre la víctima y el agresor; y b) convivir en pareja pero sin estar casados (Shackelford y Mouzos, 2005).

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). Generalmente los más relacionados con comportamientos violentos son aquellos caracterizados por la inmadurez, emotividad e inestabilidad (grupo B de los trastornos de personalidad). En concreto, el *trastorno antisocial de la personalidad* (la psicopatía) caracterizado 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). El *trastorno de personalidad narcisista* también comparte algunas características con el trastorno anterior, como son la manipulación e instrumentalización de los demás y la falta de empatía. Además, son personas caracterizadas por tener sentimientos de grandeza y prepotencia junto con una gran necesidad de admiración. A su vez, el *trastorno límite o 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 de personalidad paranoide* (perteneciente al grupo A), en el que la desconfianza y los celos están presentes de forma constante,

1.2. 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

Muchos 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"* (Corsi, 1995) 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).

2. Tipologías de hombres violentos contra la pareja

El establecimiento de tipologías puede ser de gran utilidad para diseñar programas de intervención adaptados en función del tipo de trastornos de personalidad implicados (White y Gondolf, 2000) o de las diferentes tipologías existentes. Desde esta perspectiva, los agresores contra la mujer no responden a un perfil homogéneo (*figura 1*), como lo prueban las diferentes tipologías que se han realizado en diversas investigaciones (*cfr.* Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2000).

Existen dos grupos de investigadores (Gottman *et al.*, 1995; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) que -desde hace algo más de una década hasta el momento presente- han guiado el debate sobre las tipologías de hombres violentos en el hogar. El primer grupo diferencia entre los maltratadores *tipo 1 (cobra)* y los maltratadores *tipo 2 (pitbull)*. Según Gottman *et al.* (1995), los agresores tipo 1 muestran un descenso en su frecuencia cardíaca ante una discusión con su pareja, y, a nivel psicopatológico, más características antisociales y agresivas-sádicas de personalidad, y una mayor dependencia de drogas que los agresores tipo

2. Por otra parte, los maltratadores tipo 2 presentan un aumento en su frecuencia cardiaca ante una discusión de pareja; esta respuesta coincide con la mayoría de las personas. Asimismo, Tweed y Dutton (1998) encontraron que los agresores tipo 2 presentan puntuaciones elevadas en los trastornos de personalidad por evitación y borderline, características pasivo-agresivas, elevados niveles de ira crónica y un estilo de apego inseguro.

El segundo grupo de investigación (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) consideró la existencia de tres grupos de hombres violentos: a) violentos limitados al ámbito familiar o sobrecontrolados; b) violentos con características *borderline/disfóricas*; y c) violentos en *general/antisociales*. Bajo esta última clasificación, Cavanaugh y Gelles (2005) analizan el riesgo potencial que representa la violencia ejercida por cada uno de estos tres tipos de hombres violentos. De esta forma, los hombres que son violentos exclusivamente dentro del ámbito familiar son con más probabilidad maltratadores de bajo riesgo, al ejercer una violencia de baja frecuencia y gravedad, generalmente no tienen psicopatología y tampoco historia criminal; los maltratadores de riesgo moderado serían aquellos que ejercen una violencia de gravedad moderada y más frecuente que el grupo anterior, asimismo, muestran más psicopatología (disforia, trastorno borderline de la personalidad) y normalmente sin antecedentes delictivos; y finalmente, los maltratadores de alto riesgo que ejercen una violencia más grave y frecuente que los grupos anteriores, maltratan tanto dentro como fuera de su hogar, muestran una elevada psicopatología (abuso de alcohol y de otras sustancias), y con un elevado historial delictivo.



Gottman et al. (1995)	Tipo II impulsivo 	Tipo I antisocial 
Saunders (1992)	Inestables emocionalmente	Violentos en general
	SOBRECONTROLADOS	IMPULSIVOS
		INSTRUMENTALES
Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)	Sobrecontrolado	Disfórico/ <i>borderline</i>
		Generalmente violento/Antisocial
Hamberger et al. (1996)	Pasivo/dependiente/compulsivo	Impulsivo
		Instrumental
Cavanaugh y Gelles (2005)	Maltratadores de bajo riesgo	Maltratadores de riesgo moderado
		Maltratadores de alto riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia limitada al hogar • Baja gravedad y frecuencia • Ausencia psicopatología • Ausencia Hª criminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia más frecuente y de gravedad moderada • Psicopatología • Normalmente sin antecedentes delictivos
		<ul style="list-style-type: none"> • Violencia más frecuente y grave • Elevada psicopatología • Historia delictiva • Abuso de alcohol y de otras sustancias

Figura 1. Paralelismos en las tipologías sobre hombres violentos en el hogar

Desde una perspectiva clínica, 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) (ver *tabla 1*).

TABLA 1. 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 patológicos, 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.

En la actualidad existen diversos debates abiertos sobre esta cuestión. Por ejemplo, ¿existe el maltratador antisocial o más bien se trata de un continuo antisocial en el que se pueden ubicar diferentes tipologías encontradas?; ¿Son estables las tipologías con el paso del tiempo, o, en términos generales, un agresor puede ir incrementando su violencia cada vez más hasta convertirse en un agresor de riesgo elevado?

3. Principios clave y habilidades clínicas en el trabajo con agresores de pareja

3.1. Algunas barreras en el proceso terapéutico

El tratamiento con hombres que agreden a su pareja no es una tarea sencilla. Son múltiples los factores que dificultan el proceso terapéutico.

Contexto punitivo, impositivo o coercitivo

Agresor

- Imposición de tratamiento (acudir a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico en sustitución de la prisión).
- Obligado a reconocer la violencia ejercida y el daño producido.
- Obligado a cambiar su conducta.
- Desmotivación, reactancia, defensividad, ambivalencia, etc.
- Falta de conciencia de problema. Negación del problema o de la necesidad de cambio.

- Rechazo o abandono prematuro del tratamiento.
- Sentimientos de estar siendo atacado, juzgado negativamente, contrariado, enfadado con la sociedad, el sistema judicial, etc.
- Características específicas: por ejemplo, psicopatología asociada, distorsiones cognitivas, creencias machistas, etc.

Terapeuta

- Falta de las habilidades terapéuticas convencionales (calidez, empatía, autenticidad).
- Lenguaje verbal y no verbal inadecuado (gestos, tono de voz, etc.).
- Malestar y sentimientos de incomodidad ante este tipo de pacientes-clientes. Tener prejuicios sobre este tipo de personas.
- Juzgar al cliente.
- Estilo impositivo y excesivamente directivo o por el contrario pasivo y condescendiente.
- Confrontarle directamente o tratar de persuadirle de que tiene un problema y necesita cambiar (hacerle admitir que su conducta es violencia, que es culpable de ello, etc.).
- Centrarse en el problema de la violencia desde el primer momento sin atender a otros aspectos de interés, tales como el grado de motivación para el cambio, el establecimiento de una buena relación terapéutica, el análisis de las fortalezas y debilidades del paciente, de los logros positivos en la vida, de sus recursos, etc.

3.2. Principios clave en el trabajo con agresores de pareja

Según Murphy y Eckhardt (2005) existen múltiples principios que deberían guiar las interacciones terapéuticas y que se pueden diferenciar según la fase del tratamiento. Así, en las primeras fases los principios serían los siguientes:

- 1) *utilizar un alto nivel de empatía y de escucha reflexiva.* De esta forma se puede ayudar al cliente a establecer una evaluación alternativa del terapeuta y de la situación terapéutica, que en ocasiones ocurre en una sola sesión. Se busca un cambio cognitivo que va desde "*ustedes me ven como el resto de las personas, me consideran una mala persona y desean castigarme*" hasta "*tal vez pueda conseguir algo positivo de esto*". En estas primeras etapas está totalmente contraindicada la confrontación.
- 2) *clarificar los roles con respecto a la pareja, la fuente de derivación, el ámbito judicial, las agencias sobre violencia doméstica, etc.*
- 3) *Dejar que cliente siga su propio proceso de cambio.*
- 4) *Generar una descripción detallada de las relaciones experimentadas por el cliente y las conductas problemáticas fuera de la culpa.* Por ejemplo, la función del terapeuta no es la de juzgar, criticar o castigar al paciente sino tratar de ayudarlo; también hay que

indicar que el terapeuta no puede forzar al cliente a cambiar (la decisión de cuándo y cómo cambiar está en manos del paciente). También debe tratar de ayudarlo a ver el problema y a definirlo sin realizar comentarios de culpa o juicio, etc. Se pueden utilizar declaraciones reflexivas y preguntas que generan una mayor descripción de las situaciones problemáticas, de las conductas problemáticas, de las creencias del cliente, que promueven y mantienen la conducta problemática y las experiencias estresantes que pueden motivar al cambio. Asimismo, el terapeuta debería evitar realizar preguntas o comentarios reflexivos que fuesen una interpretación alternativa de la experiencia sin que antes sepa lo que el cliente está sintiendo. Estaría mal la siguiente frase: *"¿Cuál ha sido tu papel en esta discusión o conflicto?"*; sería más adecuada la siguiente: *"¿qué piensas que podría estar pasando en la mente de tu pareja cuando ocurrió eso?"*. Así, los elementos clave para activar el proceso son los siguientes: mostrar empatía y conocer la perspectiva del cliente y su experiencia; y activar detalles e información de forma que el cliente los perciba como no amenazadores.

- 5) *Prestar atención a cualquiera de los signos potenciales de la motivación del cliente para el cambio y facilitarle verbalizaciones y elaboraciones de esas motivaciones.*

Es difícil que los pacientes reconozcan su responsabilidad y el deseo de cambio si creen que el terapeuta les está juzgando negativamente. Se pueden escuchar frases tales como *"usted no sabe lo mala que es mi pareja"*; *"nadie me cree"*; *"tú quieres culparme de todo a mí"*. También el terapeuta puede vivir un conflicto: la necesidad de construir una buena relación terapéutica y empatizar con las emociones del cliente, pero no desea reforzar sus creencias distorsionadas sobre las malas intenciones de otras personas. Por otra parte, con la negación se puede generar una barrera insuperable, es decir, que la persona no reconozca la conducta problemática y tampoco la necesidad de cambio. En resumen, en las primeras fases de intervención hay que tener mucha precaución con el uso de intervenciones de confrontación o de cambio, sobre todo antes de haber establecido una fuerte alianza terapéutica o cuando el cliente no está implicado en un cambio activo.

Por otra parte, en fases más avanzadas del tratamiento y del proceso de cambio del paciente, estos autores recomiendan los siguientes principios:

- 1) prestar atención a los signos de ambivalencia y ayudar al cliente a resolverlos a través de la reflexión precisa, revisando las barreras para el cambio y generando afirmaciones auto-motivadoras.
- 2) Evitar las conceptualizaciones y los objetivos del tratamiento que estén centrados en los problemas de los otros, tanto directa como indirectamente (por ejemplo, que el terapeuta no se ponga como la

solución). Muchos clientes encuentran difícil permanecer en una postura en la que se culpan durante mucho tiempo. Es más fácil y menos doloroso para la persona culpar a los demás de sus problemas.

- 3) Ayudar al cliente a trabajar a través de la vergüenza y la culpa reconociendo esos sentimientos y su base en la realidad, desarrollando un plan de cambio coherente, y trabajando hacia objetivos de tratamiento claros. El paciente debe aprender a tolerar gradualmente los sentimientos de remordimiento, vergüenza, culpa. Para ello se puede utilizar la exposición a esas emociones en el contexto terapéutico y al mismo tiempo animarle a desarrollar habilidades para tolerar el estrés.
- 4) Ayudar al cliente a trascender el deseo de la absolución inmediata por parte de su pareja, centrándose, en vez de ello, en la recuperación a largo plazo y en el proceso de cambio. Hay que ayudarle a conocer y aceptar el estrés de la pareja, el dolor y la desconfianza.

En definitiva, las técnicas motivacionales pueden disminuir la resistencia hacia la terapia y mejorar la implicación dentro del tratamiento, así como predecir buenos resultados terapéuticos. Asimismo, las personas que antes de entrar en el programa de tratamiento cognitivo conductual en grupo habían recibido técnicas motivacionales, se responsabilizaban más de su comportamiento violento, culpaban menos a los demás, y consideraban que el tratamiento les podía venir bien en comparación con aquellas personas que no lo recibieron.

4. Intervención psicológica

4.1. 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 (Marshall y Redondo, 2002).

Los hombres violentos –salvo una patología extremadamente grave y que afecte a sus funciones cognitivas y volitivas- 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 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 (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. Tras una denuncia el agresor será llevado a los calabozos y posteriormente se analizará si judicialmente hay indicios suficientes o no para ir a Juicio. La casuística es muy variada y con frecuencia muchos casos graves de violencia no serán denunciados por un miedo extremo en las víctimas. En otros casos, una vez que el agresor salga de los calabozos o de la cárcel puede poner en grave peligro la a la víctima. Otro aspecto que está generando una gran controversia es el de las órdenes de alejamiento que son sistemáticamente vulneradas por un elevado número de agresores. Asimismo, para que un agresor entre en prisión su violencia debe ser demostrada y además extremadamente grave. En la mayoría de los casos el maltratador 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 2*).

TABLA 2. 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 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).

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.

Una línea futura y urgente de investigación debe dirigirse a mejorar las intervenciones legales y clínicas para proteger a la mujer y facilitar relaciones más saludables, con una adecuada articulación entre las medidas penales y psicológicas establecidas.

4.2. Motivación para el cambio y 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).

a) 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 de cambio en los hombres violentos (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque, Gelles y Velicer, 2000) (*tabla 3*). 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 3. ETAPAS DEL CAMBIO
(Prochaska y Diclemente, 1983; *adaptado*)

<i>ETAPAS</i>	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 agobio, 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>

b) 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).

5. 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.

5.1. 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).

5.2. 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 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 (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).

TABLA 4. 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.
Déficit de asertividad y de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficit en la resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en solución de problemas.
Déficit en las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre la sexualidad en la pareja.

En la siguiente *tabla 4* 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).

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.

5.3. 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 (ver *tabla 5*).

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 5. GUÍA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

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

Objetivos terapéuticos	Técnicas
Déficit 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.

Referencias

- 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. 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.
- 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.
- 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. Failde (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., Holtzworth-Munroe, A., Norlander, B., Sibley, A., & Cahill, M. (2009). Readiness to change, partner violence subtypes, and treatment outcomes among men in treatment for partner assault. In C. M. Murphy, R. D. Maiuro (Eds.) , *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence* (pp. 89-131). New York, NY US: Springer Publishing Co.
- 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.
- Illas de la violencia*. Madrid. Espasa Calpe.
- 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 psicosocial 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 Eckhardt, C.I. (2005). *Treating the Abusive Partner*. New York: The Guilford Press.
- Murphy, C. M., & Maiuro, R. D. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. New York, NY US: Springer Publishing Co.
- 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 sem*
- 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.
- Shackelford, T.K. y Mouzos, J. (2005). Partner killing by men in cohabiting and marital relationships. A comparative, cross-National analysis of data from Australia and the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (10), 1310-1324.
- 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.