

¿SE PUEDE Y DEBE TRATAR PSICOLÓGICAMENTE A LOS HOMBRES VIOLENTOS CONTRA LA PAREJA?

Enrique Echeburúa* / Paz de Corral*, Javier Fernández-Montalvo** y Pedro J. Amor***

*Universidad del País Vasco, **Universidad Pública de Navarra, ***Universidad Nacional de Educación a Distancia

En este artículo se comentan las razones por las que resulta conveniente y necesario el tratamiento psicológico de los hombres violentos contra la pareja. Asimismo se lleva a cabo un análisis de las posibles vías de articulación entre las medidas judiciales y de tratamiento psicológico en este tipo de casos. Se analiza la motivación para el tratamiento y se señalan las principales vías de intervención terapéutica, así como los resultados obtenidos. Por último, se comentan las líneas de investigación más urgentes.

In this paper, the possibility of giving psychological treatment to men who batter their partners is discussed. An analysis of how to combine court intervention and psychological treatment to rehabilitate abusive men is also carried out. Motivational enhancement strategies and effective therapy, as well as the main results, are discussed. Finally, the future perspectives and the most relevant goals of research are commented on.

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

Por extraño que pueda parecer, el hogar -lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano- puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas, sobre todo cuando éstas quedan impunes. Las instituciones más o menos cerradas, como es el caso de la familia, constituyen un caldo de cultivo apropiado para las agresiones repetidas y prolongadas. En estas circunstancias las víctimas pueden sentirse incapaces de escapar del control de los agresores al estar sujetas a ellos por la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o

sociales (Corral, 2000).

El maltrato contra la pareja es resultado de un estado emocional intenso -la ira-, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio de conductas pobre (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etcétera), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima (figura 1).

Asimismo un hombre tiende a descargar su ira específicamente en aquella persona que percibe como más vulnerable (una mujer, un niño o un anciano) y en un entorno -la familia- en que es más fácil ocultar lo ocurrido. Además, los logros obtenidos con las conductas violentas previas desempeñan un papel muy importante. Muy frecuentemente el hombre maltratador ha conseguido los objetivos deseados con los comportamientos agresivos anteriores. Es decir, la violencia puede ser un método sumamente efectivo y rápido para salirse con la suya. A su vez, la sumisión de la mujer puede quedar también consolidada porque, con un comportamiento claudicante, consigue evitar las consecuencias negativas derivadas de una conducta violenta por parte de la pareja. Todo ello explica, junto con otras variables (la dependencia emocional y económica, la presencia de los hijos, la presión social, el miedo al futuro, etcétera), la perpetuación en el tiempo de tipos de relación claramente insanos (Lorente, 2004).

Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato,

Correspondencia: Enrique Echeburúa. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián. España. E-mail: echeburua@ss.ehu.es



y a pesar de las muestras de arrepentimiento del agresor, la probabilidad de nuevos episodios -y por motivos cada vez más insignificantes- es mucho mayor. Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia como estrategia de control de la conducta se hace cada vez más frecuente. El sufrimiento de la mujer, lejos de constituirse en un revulsivo de la violencia y en suscitar una empatía afectiva, se constituye en un disparador de la agresión.

En la mayor parte de los casos los episodios de malos tratos comienzan en los inicios del matrimonio, e incluso durante el noviazgo (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996). En este sentido, la presencia de algún tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación es un claro predictor de futuros episodios de maltrato físico (Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary, Malone y Tyree, 1994).

Una característica del maltrato es la negación de esta conducta por parte del maltratador (tabla 1). Cuando una conducta genera malestar al pensar fríamente en ella o es rechazada socialmente, se utilizan estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, como buscar excusas, alegar que se trata de un problema estrictamente familiar, hacer atribuciones externas, considerar lo que ocurre como *normal* en todas las familias o quitar importancia a las consecuencias negativas de esas conductas para la víctima (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Madina, 1994).

¿POR QUÉ HAY QUE TRATAR PSICOLÓGICAMENTE A LOS HOMBRES VIOLENTOS CONTRA LA PAREJA?

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 psicológico.

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 (Corral, 2004; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003)). Un tratamiento psicológico -no psiquiátrico, que sólo en algunos casos resulta necesario- puede ser de utilidad para hacer fren-

te a las limitaciones de estos hombres 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 (Echeburúa y Corral, 2004; 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). Al margen de las diversas funciones que se atribuyen a las medidas penales -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.



TABLA 1
NEGACIÓN DEL MALTRATO
(Echeburúa y Corral, 1998)

ESTRATEGIA EMPLEADA	EJEMPLO DE EXCUSAS
Utilitarismo	"Sólo de esta manera hace lo que deseo"
Justificación	"Fue ella la que me provocó; es ella la que tiene que cambiar" "Los dos nos hemos faltado al respeto"
Arrebato	"No me di cuenta en ese momento de lo que hacía"
Olvido	"Ni me acuerdo de lo que hice"



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 que hay que volcar todos los recursos sociales y económicos en las víctimas. 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 (Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Feazell, Mayers y Deschner, 1984; Pudrí y Nickle, 1981). Tratar psicológicamente a la víctima y prescindir de la ayuda al agresor es, a todas luces, insu-

ficiente. 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. El ejercicio de la violencia física o psíquica habitual, según el artículo 173 del Código Penal, es un delito que está castigado con una pena que oscila entre 6 meses y 3 años de prisión. Ello quiere decir que el maltratador, por lo general, o bien no entra en prisión (las penas de menos de 2 años -o de 3, si es un toxicómano o alcohólico- impuestas a un delincuente primario suelen ser objeto de suspensión condicional), o, si resulta encarcelado, lo es por un corto periodo. En uno y otro caso el agresor se muestra irritado y aumenta el riesgo de repetición de las conductas violentas contra la pareja (Daly y Pelowski, 2000).

Además, si se produce una separación o divorcio y el agresor 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).

Hay todavía una razón más a favor de la terapia. Los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja ofrecen unos resultados aceptables (Corsi, 1996; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios: se ha conseguido reducir las conductas de maltrato y evitar la reincidencia, así como lograr un mayor bienestar para el agresor y para la víctima (Austin y Dankwort, 1999; Babcock y Steiner, 1999) (tabla 3).

ARTICULACIÓN DE MEDIDAS PENALES Y DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN LOS HOMBRES VIOLENTOS CONTRA LA PAREJA

El tratamiento psicológico no es tanto una alternativa a las medidas judiciales, sino más bien algo complementario. Desde nuestro punto de vista, lo razonable es integrar uno y otro tipo de medidas con arreglo a las posibilidades que ofrece el Código Penal (Echeburúa, Fernández-Montalvo y De la Cuesta, 2001) (figura 2).

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. Peligro de que el maltrato continúe o de que, si cesó anteriormente, aparezca de nuevo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.

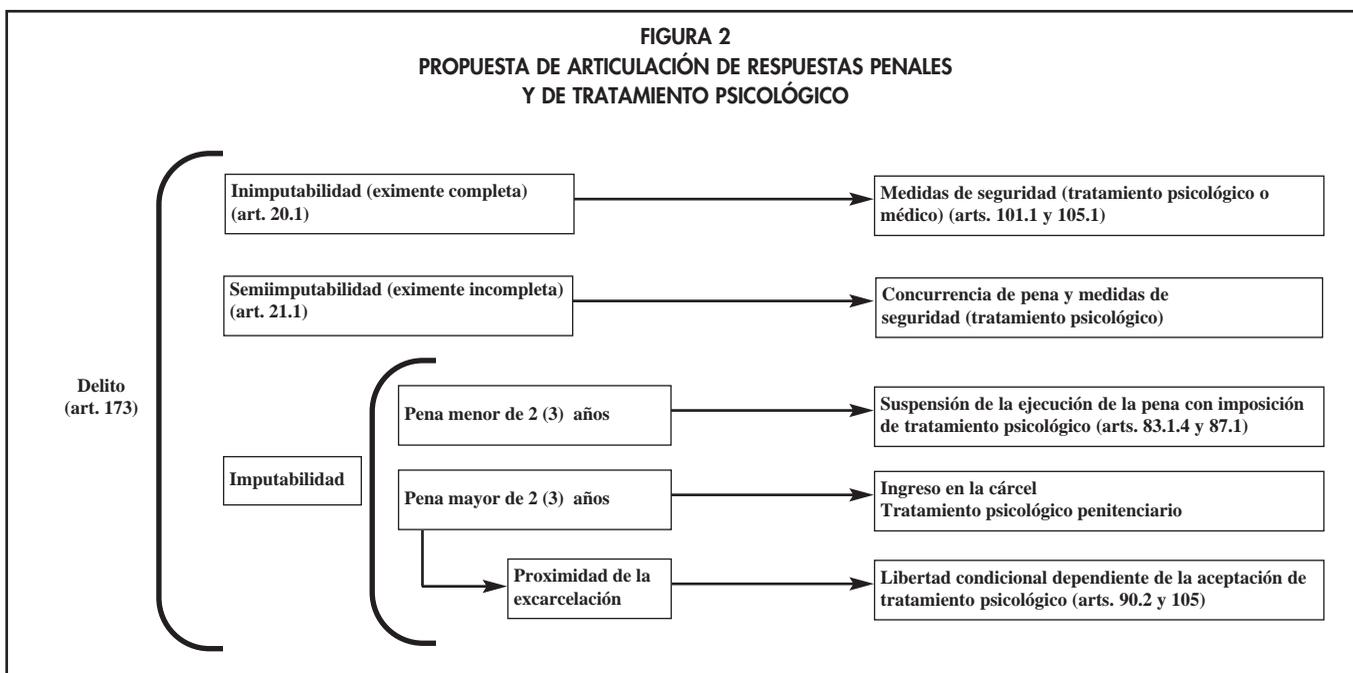
AUTOR Y AÑO	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Dechner <i>et al.</i> (1986)	1 año	✓ Mejoría significativa
Harris (1986)	Postratamiento	✓ Mejoría en un 73% de los casos
Hamberger y Hastings (1988)	Postratamiento	✓ Mejoría significativa ✓ 51% de abandonos
Edleson y Syers (1990)	6 meses	✓ Mejoría significativa ✓ 68%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

A una persona imputable de cometer un delito de violencia física o psíquica habitual contra la pareja se le puede castigar, según el artículo 173, con una pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que quepa aplicar en función de las lesiones causadas. También puede imponerse por el tiempo de la sentencia (con un máximo de 5 o 10 años, según sea el delito menos o más grave) algunas de las prohibiciones del artículo 57 (aproximación o comunicación con la víctima o regreso al lugar de la infracción o de la residencia de la víctima). Pero si el delincuente es primario y la pena impuesta no es superior a los dos años (o cinco años en los casos de alcoholismo o de drogodependencia que hayan originado el delito), los jueces, según los artículos 80.1 y 87, pueden dejar en suspenso la ejecución de la pena. Sin embargo, los jueces, según los artículos 83.1.5 y 87.1, podrán condicionar la suspensión al cumplimiento de unas reglas de conducta, por ejemplo a la participación del sujeto en un programa de tratamiento psicológico. Si los informes trimestrales del terapeuta no son positivos y ponen de manifiesto una infracción de las reglas de conducta, el juez puede revocar la suspensión de la ejecución de la pena (artículo 84.2).

Si se la considera a una persona semiimputable del delito de malos tratos porque hay una merma considerable

a la hora de comprender el significado antijurídico de sus actos o de dirigir su actuación conforme a esa comprensión, en función, por ejemplo, de la existencia conjunta de un trastorno de personalidad (antisocial o límite) y de una toxicomanía, cabe aplicársele una *eximente incompleta* (artículo 21.1). En este caso, al margen de la atenuación de la pena, se podrán adoptar *medidas de seguridad*, como la sumisión del sujeto a un tratamiento psicológico o médico (artículo 105.1). Si hay una concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, cuyo tiempo de ejecución se abonará para el cumplimiento de la pena. Una vez llevada a cabo la medida, el juez podrá suspender la ejecución del resto de la pena si parece contraproducente para la evolución del sujeto (artículo 99). Cuando a una persona se la considera exenta de responsabilidad del delito de malos tratos porque las funciones cognitivas y volitivas están abolidas o suprimidas (en el caso, por ejemplo, de una psicosis), se le aplica una *eximente completa* (artículo 20.1) y no se le puede imponer una pena. Sin embargo, se pueden adoptar *medidas de seguridad* (artículos 6 y 95), que pueden implicar el internamiento en un centro psiquiátrico (artículo 101.1) o la sumisión a un tratamiento externo psicológico o médico (artículo 105.1).

Por último, a una persona plenamente imputable de un



delito de malos tratos (lo que suele ser habitual en este tipo de casos) se le puede castigar con una pena de prisión de hasta tres años y enviarlo a la cárcel. En estos casos se puede aplicar un tratamiento psicológico voluntario en la cárcel por parte de los psicólogos adscritos a la plantilla de la prisión, a tenor del artículo 1 de la Ley General Penitenciaria: las cárceles tienen como fin primordial la reeducación y reinserción social de los penados. La progresión de grado del interno puede ser una motivación muy importante para implicarse en este tipo de programas. A su vez, cuando esté próxima la excarcelación, el Juez de Vigilancia Penitenciaria puede hacer depender la concesión de la libertad condicional a la aceptación del penado de ciertas reglas de conducta, como la participación del sujeto en un programa de tratamiento psicológico fuera de la cárcel (artículos 90.2 y

105 del Código Penal). Si no se cumplen estas reglas, el juez puede revocar la libertad condicional (artículo 93).

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. 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 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 (tabla 4).

TABLA 4
ETAPAS DEL CAMBIO
(Prochaska y DiClemente, 1983; adaptado)

ETAPAS	ASPECTO CENTRAL	DESCRIPCION	EXPRESIONES FRECUENTES
Precontemplación	Negar el problema	Sin intención de cambiar el 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)	Interés en cambiar, pero sin desarrollar 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	Compromiso de cambiar y toma de 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	Cambio en la conducta o en las condiciones ambientales que afectan al problema con el fin de superarlo.	<i>“Aunque no resulta fácil, llevo un tiempo sin agredir a mi mujer”; “cuando mi pareja me pone nervioso, la evito yéndome a otra habitación”; “cuando me agobia, hago lo que usted me dijo”; “no es fácil controlarse, pero creo que cada vez lo hago mejor”.</i>
Mantenimiento	Presentar un estilo de vida desvinculado de las conductas violentas	Eliminación con éxito de la conducta problemática y 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>

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.

Una vez que el sujeto ha acudido a la consulta por vez primera (habitualmente por presión de su pareja o por mandato judicial), el objetivo es mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. 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. 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.

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 recluso en prisión y, especialmente, cuando está próximo a la excarcelación.

Los hombres violentos contra la pareja 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,

mo, 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) (Echeburúa, 2004).

Por otra parte, está contraindicada 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.

El programa, que tiene una duración media de 15-30 sesiones, 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

TABLA 5
GUÍA BÁSICA DE TRATAMIENTO
(Adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Déficit de empatía y analfabetismo emocional	✓ 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	✓ Educación sobre la igualdad de los sexos. ✓ Reestructuración cognitiva.
Ira descontrolada	✓ 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.	✓ Reestructuración cognitiva. ✓ Relajación. ✓ Actividades gratificantes.
Déficits de asertividad y de comunicación	✓ Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficits en la resolución de problemas	✓ Entrenamiento en solución de problemas.
Déficits en las relaciones sexuales	✓ Educación sobre la sexualidad en la pareja.

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

En la *tabla 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.

El programa tiene un formato individual. No obstante, algunas sesiones -en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación- se pueden realizar, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo requiere 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.

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, Amor y Fernández-Montalvo (2002).

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

En las variables psicopatológicas asociadas (celos, abuso de alcohol, irritabilidad, etcétera) se ha producido asimismo una mejoría estadísticamente significativa. Sin embargo, la tasa de rechazos y de abandonos ha sido alta. En concreto, del total de la muestra inicial (31 sujetos), un 48% (15 pacientes) ha rechazado iniciar -o ha

abandonado prematuramente- la intervención. Los abandonos se han producido en las 3-5 primeras sesiones, cuando la relación terapeuta-paciente no es tan sólida y cuando aún el sujeto no ha visto con claridad las ventajas del cambio de conducta.

Los resultados obtenidos, sin ser concluyentes, son, cuando menos, 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.

CONCLUSIONES

Los programas de tratamiento para hombres violentos contra la pareja, bien en un régimen comunitario, bien en prisión o bajo control judicial (Cervelló, 2001), son cada vez más frecuentes. No se trata de estigmatizar a estas personas, sino de ayudarles a superar sus dificultades. Los maltratadores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como distorsiones cognitivas, dificultades de comunicación, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como dificultades específicas (abuso de alcohol y celos patológicos) (Dutton y Golant, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Desde una perspectiva psicológica, el objetivo del tratamiento con agresores 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 (Corsi, 1996; Garrido, 2001).

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



hombres violentos, con unos resultados claramente esperanzadores si los sujetos implicados concluyen el programa propuesto (Corsi, 1996; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; White y Gondolf, 2000).

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

Por último, la motivación para el tratamiento es el motor del cambio y la piedra angular del éxito en un programa terapéutico con maltratadores. No se trata tan sólo de la motivación inicial para acudir a la consulta, sino de la motivación necesaria para mantenerse en el tratamiento y cumplir adecuadamente con las prescripciones terapéuticas. Actualmente se están realizando esfuerzos para adaptar el análisis y las estrategias motivacionales -que con anterioridad se han aplicado al cambio en las conductas adictivas (Miller y Rollnick, 2002; Prochaska, 1979; Prochaska y DiClemente, 1983)- al ámbito de la violencia doméstica (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque, Gelles y Velicer, 2000). Conseguir una mejora en la motivación es el principal reto de futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Cervelló, V. (2001). Tratamiento penal y penitenciario del enfermo mental. En Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias: *El tratamiento penitenciario: posibilidades de intervención*. Madrid. AltaGráficas Publicaciones.
- Corral, P. (2000). Violencia contra la mujer. *Debats*, 70-71, 94-102.
- Corral, P. (2004). Perfil del agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona. Ariel.
- Corsi, J. (Ed.) (1996). *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. (1999). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires. Paidós.
- Echeburúa, E. (2004). Tratamiento del agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona. Ariel.
- 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. (2004). Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo?. *Formación Médica Continuada*, 11, 293-299.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 1, 135-150.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- 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, 355-384.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y De la Cuesta, J.L. (2001). Articulación de medidas penales y psico-





- lógicas en el tratamiento de los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1, 19-31.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 798-812.
- 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.
- Feazell, C.S., Mayers, R.S. y Deschner, J. (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217-233.
- 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. (2001). *Amores que matan*. Valencia. Algar.
- 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.
- Harris, J. (1986). Counselling 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, 65-99.
- 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. (2004). *El rompecabezas. Anatomía del maltratador*. Madrid. Crítica.
- 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). Psychofarmacological treatment of aggressive behavior: implications for domestically violent men. *Violence and Victims*, 11, 239-261.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. New York. Guilford Press (traducción española, 2003, Barcelona, Paidós).
- Murphy, C.M. y O'Leary, K.D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579-582.
- O'Leary, K.D., Malone, J. y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 594-602.
- Palmer, S., Brown, R. y Barrera, M. (1992). Group Treatment Program for Abusive Husbands: Long-Term Evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Dorsey Press. Homewood, IL.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Purdy, F. y Nickle, N. (1981). Practice principles for working with groups of men who batter. *Social Work Group*, 4, 111-123.
- Rynerson, B.C. y Fishel, A.H. (1993). Domestic violence prevention training: participant characteristics and treatment outcome. *Journal of Family Violence*, 8, 253-266.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.
- Taylor, B., Davis, R. y Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer programme: A randomized experiment in Brooklin. *Justice Quarterly*, 18, 170-201.
- White, R.J. y Gondolf, E.W. (2000). Implications of Personality Profiles for Batterer Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.

