

**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR:
UN CASO CLÍNICO DE UN MALTRATADOR**

**Javier Fernández-Montalvo¹
Enrique Echeburúa²**

¹ Departamento de Psicología y Pedagogía
UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento cognitivo-conductual de un hombre violento con su mujer en el hogar. El paciente, un hombre de 41 años, ejercía un maltrato físico y psicológico de 17 años de duración. El programa terapéutico consistió en 16 sesiones (11 individuales y 5 de pareja) de una hora de duración y con una periodicidad semanal, repartidas a lo largo de 6 meses. Tras un año y medio de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, sin que se hubieran repetido los episodios violentos. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: VIOLENCIA FAMILIAR. MALTRATADORES DOMÉSTICOS. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

SUMMARY

In this paper the cognitive-behavioral treatment of a batterer man is described. The patient, a 41-year-old man, has been physical and psychological batterer with his wife since 17 years. The treatment consisted of sixteen weekly sessions (11 individual and 5 couple sessions) of 1 hour in a period of 6 months. At the end of 18 months follow-up, the patient was much improved, without violence events. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: FAMILY VIOLENCE. MALE BATTERERS. BEHAVIORAL-COGNITIVE TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

Si bien no se dispone aún en nuestro entorno de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del maltrato doméstico, la violencia familiar constituye hoy un problema en alza, como se refleja en el aumento progresivamente creciente de denuncias. En la mayor parte de los casos los episodios de violencia comienzan en los inicios del matrimonio -e incluso durante el noviazgo- y tienden a cronificarse (Echeburúa y Corral, 1998).

Las características psicopatológicas de los maltratadores son muy variadas. No obstante, se han identificado una serie de variables asociadas habitualmente a la conducta violenta, como el **abuso de alcohol y de drogas** (Conner y Ackerley, 1994; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994) y los **celos patológicos** (Faulkner, Stoltemberg, Cogen, Nolder y Shooter, 1992), así como las **alteraciones en el control de los impulsos** y los **trastornos de personalidad** (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a).

Al margen de las variables psicopatológicas, estos sujetos 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 (*cf.* Corsi, 1995). Además, es frecuente en ellos la negación -o, al menos, la minimización- del problema, así como la atribución a la pareja del origen del conflicto (Madina, 1994).

En cuanto a las habilidades de afrontamiento, los maltratadores son muy sensibles a las frustraciones, presentan unas habilidades de comunicación

muy limitadas y carecen de estrategias adecuadas para solucionar los problemas. Todo ello contribuye a que los conflictos y los contratiempos cotidianos actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Hamberger y Hastings, 1991).

No es suficiente con limitar la terapia de la violencia familiar a las víctimas de maltrato. Aunque muchas mujeres optan por separarse de sus parejas antes o en el transcurso del tratamiento, hay un grupo amplio de ellas -aproximadamente el 30% de las víctimas tratadas y el 50% del total- que continúan conviviendo con sus parejas (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996). Si no se actúa terapéuticamente sobre el agresor, se corre el riesgo de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (a los hijos pequeños especialmente). Por ello, un tratamiento integral del maltrato doméstico debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque éste continúe conviviendo con la víctima o bien porque, en el caso de separación, pueda reincidir en el futuro con otra mujer.

El tratamiento psicológico del maltratador, con un enfoque conductual-cognitivo, es un instrumento útil cuando el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo (Corsi, 1995; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Madina, 1994).

Son, sin embargo, pocos los estudios controlados realizados hasta la fecha sobre el tratamiento de hombres violentos en el hogar. Entre ellos, Hamberger y Hastings (1988) pusieron a prueba un programa cognitivo-conductual con una muestra de 71 maltratadores. El tratamiento constaba de 15 sesiones semanales de 2,5 horas de duración. Las principales técnicas empleadas fueron la reestructuración cognitiva, el tiempo-fuera, el entrenamiento en habilidades de comunicación y las técnicas de relajación. Los resultados mostraron un cambio estadísticamente significativo entre el pre y el postratamiento. Sin embargo, a pesar de que la violencia física desapareció casi por completo, no se produjo una reducción similar del maltrato psicológico, quizá porque el programa no fue suficientemente largo o porque no era específico para este objetivo. Por otra parte, la tasa de abandonos, relacionada con la falta de motivación, fue más bien alta: el 50,7% de la muestra. No dejó de resultar sorprendente que 22 de los 36 que abandonaron habían sido enviados por orden judicial.

En la investigación de Faulkner *et al.* (1992) se llevó a cabo un tratamiento cognitivo-conductual en grupo con dos variantes. En la primera de ellas, con una muestra de 15 maltratadores, el programa de intervención abarcaba

el control de la ira, el entrenamiento en habilidades de comunicación y la enseñanza de habilidades de solución de problemas. El tratamiento tenía una duración de 4 semanas, con 2 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una. Los resultados en el postratamiento pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas en todas las variables relacionadas con la violencia. En el seguimiento de los 6 meses, pero ya con tan sólo 5 sujetos, los resultados eran similares a los del postratamiento.

En la segunda variante, con una muestra también de 15 sujetos, el programa de tratamiento se diferenciaba del anterior en que se ponía un mayor énfasis en el control de los celos y en las técnicas de tiempo-fuera, así como en la enseñanza de habilidades de afrontamiento ante las situaciones problemáticas. Los resultados mostraron la existencia de diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en todas las medidas de violencia. No obstante, no se presentan datos referidos a los seguimientos, debido a que sólo se contaba con 3 sujetos.

Lo más interesante de las dos variantes de este estudio es que, si bien se produjeron diferencias significativas en la reducción de la violencia, no hubo modificaciones en las variables asociadas (asertividad, autoestima, ansiedad, depresión, etc.), lo que puede ser atribuido a la brevedad del programa (8 sesiones en 4 semanas), que puede ser suficiente para suprimir la violencia, pero no para producir cambios más profundos de otra índole.

En el estudio de Rynerson y Fishel (1993) se presentan los resultados de un programa de tratamiento dirigido al cese de la violencia doméstica. La muestra estaba compuesta por 53 maltratadores. El tratamiento, de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración, se componía de una intervención educativa sobre la violencia y de técnicas específicas de tiempo-fuera, de control de la ira, de entrenamiento en habilidades de comunicación y de actuación sobre los celos y el consumo excesivo de alcohol, así como una intervención sobre los estereotipos sexuales. Los resultados, evaluados a través de la *Escala de Ajuste Diádico*, mostraron unas puntuaciones significativamente más altas en el postratamiento tanto en los hombres como en las mujeres víctimas de malos tratos, lo que denotaba una mayor armonía en la relación de pareja.

Por último, en el estudio-piloto de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997) se llevó a cabo un programa cognitivo-conductual amplio con una muestra de 16 hombres violentos en el hogar. La intervención, de 15 sesiones individuales de una hora de duración y con una periodicidad semanal, se componía de diversas técnicas encaminadas al control de los impulsos violentos y al

aprendizaje de las estrategias de actuación adecuadas ante los conflictos: tiempo-fuera, relajación, intervención sobre los celos y el consumo excesivo de alcohol, 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, entrenamiento en habilidades de comunicación, técnicas de solución de problemas, educación sexual, etc.

Los resultados obtenidos muestran una tasa de éxitos del 81% al finalizar el tratamiento, que se reduce, sin embargo, al 69% en el seguimiento de los 3 meses. En las variables psicopatológicas asociadas se produjo asimismo una mejoría estadísticamente significativa. Sin embargo, la tasa de rechazos y de abandonos fue alta. En concreto, del total de la muestra inicial (31 sujetos), un 48% (15 pacientes) rechazó iniciar -o abandonó prematuramente- la intervención, por lo que sólo se incluyeron resultados de 16 pacientes.

Por lo que se refiere al número y a los factores determinantes de las recaídas, las investigaciones son escasas. Al margen de que el alto número de abandonos en los estudios citados -especialmente en los 3 primeros meses del tratamiento- dificulta considerablemente la obtención de unos controles de seguimiento adecuados, la tasa de recaídas tiende a ser alta y puede oscilar de un 30% a un 50% en un período de seguimiento de 6 a 12 meses (Shepard, 1992).

En resumen, la heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas (Gondolf, 1997). Por ello, el objetivo de este artículo es presentar el tratamiento de un caso, que cuenta con un seguimiento amplio de 18 meses, que ha formado parte de una investigación más amplia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) y cuyo protocolo de intervención figura descrito con detalle en otro lugar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

MÉTODO

Sujeto

El paciente es un hombre de 41 años que trabaja como obrero cualificado en una fundición y que reside en Bilbao. Está casado desde hace 18 años y tiene dos hijos: la mayor es una joven de 17 años y el menor un chico de 14. Pertenece a un nivel socioeconómico más bien bajo, con muchas dificultades económicas.

La mujer del paciente, de 39 años de edad, se pone en contacto con el Servicio de Violencia Familiar, que la Diputación Foral de Vizcaya tiene en Bilbao, en marzo de 1995, debido a que es víctima de malos tratos físicos y psicológicos por parte de su marido.

El maltrato comenzó ya durante el primer año de matrimonio. En concreto, el primer episodio de violencia física tuvo lugar cuando la mujer estaba embarazada de 3 meses de su primer hijo. Desde entonces, las conductas de maltrato se han repetido de forma intermitente hasta hace 4 años. Desde entonces, no le ha vuelto a pegar, pero son frecuentes los episodios de maltrato psicológico.

Los principales actos de maltrato han consistido en insultos y amenazas, humillaciones y desvalorizaciones, así como en puñetazos, bofetadas, estrangulamientos y empujones, sin descartar la rotura de objetos de la casa en el transcurso de las discusiones.

En estas circunstancias la mujer del paciente acude al Servicio de Violencia Familiar solicitando información y pidiendo ayuda para afrontar esta situación problemática. La víctima, en principio, no quiere separarse porque está enamorada de su marido. Sin embargo, es consciente del empeoramiento de la situación y de la extensión del maltrato psicológico a los hijos. De hecho, los hijos están aterrorizados por el comportamiento de su padre.

En este sentido, se comienza una intervención terapéutica con la mujer del paciente -orientada principalmente a la superación de las consecuencias psicológicas de los episodios de maltrato- (cfr. Echeburúa y Corral, 1998) y se prepara la estrategia adecuada para que su marido acuda a consulta.

Sin embargo, en el transcurso de las sesiones de evaluación la situación de la pareja empeora de forma significativa, por lo que la mujer inicia los trámites de separación, pero con un miedo atroz a la posible reacción violenta de su marido. Por ello, la terapeuta le proporciona unas pautas básicas de actuación.

Cuando el marido se entera de la decisión que ha tomado su mujer, comienza a mostrar conductas de arrepentimiento, pide perdón y asegura que no se van a repetir los episodios de maltrato. En este momento, la mujer, siguiendo las indicaciones de su terapeuta, le indica que sólo hay dos opciones: la separación o la ayuda profesional para superar sus problemas con la violencia. Ante esta situación, y con la única motivación de impedir la separación, el marido acepta acudir a tratamiento y lo hace por primera vez en mayo de 1995.

El paciente -un hombre corpulento, con un estilo de comunicación agresivo y un tono de voz elevado- presenta un aspecto físicamente descuidado y denota un nivel cultural muy bajo. Natural de un pueblo de Guadalajara, es el segundo de una familia de 7 hermanos. No pudo ir a la escuela porque tenía que ayudar a su padre, que era pastor. Desde su punto de vista, todos los problemas comenzaron en la infancia, que le ha marcado para el futuro. En concreto, el paciente ha sido testigo de los malos tratos de su padre hacia su madre y sus hermanos y víctima asimismo de la violencia paterna. Si en alguna ocasión hacía algo que no le gustaba a su padre, éste le dejaba abandonado en el campo con las ovejas durante varios días sin que tuviera nada para comer, con el objetivo de que aprendiera la lección. Por ello, en cuanto tuvo una oportunidad, se fue de casa y emigró al País Vasco para trabajar.

Al poco tiempo de llegar a Bilbao, conoció a su mujer, natural también de otro pueblo de Guadalajara, que es la primera chica con la que tuvo una relación de pareja. Una vez casados, tras un noviazgo de 2 años, su mujer dejó de trabajar de interina por deseo del paciente, pues *«para eso estaba él»*.

A nivel sexual destaca la alta frecuencia de relaciones coitales (una media de 10 veces por semana). Como resultado de una discusión, duermen ahora en camas separadas. Ante la ausencia de relaciones sexuales, el sujeto se masturba 2 o 3 veces diarias.

El paciente quiere mucho a su mujer pero se da cuenta de que no se ha portado bien con ella. En concreto, reconoce la existencia de los episodios de violencia física, pero les quita importancia y los reduce a sólo 4 ocasiones durante los 18 años de matrimonio. Respecto al maltrato psicológico, las humillaciones han sido constantes y, en palabras del propio paciente, *«con los insultos más fuertes que uno se pueda imaginar»*.

Desde la perspectiva laboral, el sujeto se encuentra con una situación económica precaria porque la empresa, al estar en crisis, abona los sueldos con un retraso de hasta 4 o 5 meses. Todos estos problemas le han alterado mucho y han contribuido a desencadenar episodios de maltrato.

Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol en los ratos de ocio, principalmente durante los fines de semana, facilita la aparición de las conductas violentas.

Respecto a la secuencia de los episodios violentos, las discusiones comienzan por motivos triviales. Al cabo de poco tiempo él *«se va cargando más y más»*, hasta que llega un momento en que ya no se puede controlar. Sin embargo, el paciente está dispuesto a hacer todo lo posible para impedir la separación.

Procedimiento

a) Evaluación

Se llevaron a cabo tres sesiones de evaluación de una hora de duración. En la primera el terapeuta -el primer firmante de este trabajo- llevó a cabo una entrevista abierta con el objetivo de explorar el grado de conciencia y de responsabilidad que el paciente tenía de su problema de maltrato, así como su motivación para ponerse a tratamiento. En este sentido, el sujeto expresó libremente su opinión sobre la situación de violencia familiar y su punto de vista sobre el desarrollo de los acontecimientos. De esta forma, se evaluaron las distorsiones cognitivas presentes: negación del problema, minimización de los episodios violentos, atribución del conflicto a su mujer, etc. Asimismo, en esta sesión se le explicaron al paciente las características del programa de intervención y las condiciones para someterse al mismo. Se trataba de lograr un compromiso firme por parte del sujeto para acudir semanalmente a las sesiones de tratamiento y para cumplir las prescripciones terapéuticas.

En la segunda sesión de evaluación, se completó la **Entrevista General Estructurada de Maltratadores** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Se trata de un instrumento que consta de cinco apartados que recogen datos sobre las características demográficas y las dificultades laborales del sujeto, el desarrollo evolutivo, los posibles problemas de maltrato en relaciones de pareja anteriores y la situación de pareja y familiar actual, así como sobre el estado de salud, los antecedentes penales y las relaciones sociales. Asimismo permite explorar variables psicopatológicas que están relacionadas habitualmente con la violencia familiar (los celos y el abuso de alcohol, principalmente). Todos estos aspectos son de gran utilidad para la evaluación del problema específico de cada sujeto. Esta entrevista resulta, por ello, un instrumento efectivo para explorar las variables que han incidido en el desarrollo y mantenimiento de las conductas violentas.

Por último, en la tercera sesión de evaluación se entregaron al paciente cuestionarios y escalas con el objetivo de evaluar objetivamente sus características psicopatológicas, así como los síntomas que presentaba en la actualidad, y de compararlos más tarde con los resultados obtenidos tras la intervención terapéutica. En este sentido, el paciente cumplimentó los siguientes cuestionarios:

Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (versión para el paciente) (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Consta de seis ítems

que evalúan, por un lado, la frecuencia y duración de los episodios de maltrato y, por otro, la percepción que tiene el paciente sobre la gravedad de dichas variables, así como sobre las consecuencias físicas y psicológicas en la pareja y sobre la repercusión que el maltrato ha tenido en la relación conyugal. A esta percepción es a lo que se denomina *indicador subjetivo del paciente*. Las puntuaciones de cada ítem de esta parte subjetiva oscilan entre 0 (*nula*) y 4 (*muy grande*) y el rango total del cuestionario es de 0 a 24. La detección de estas variables permite llevar a cabo una evaluación individualizada de la conducta de maltrato, así como planificar adecuadamente el tratamiento.

Existen dos versiones -una para el maltratador y otra para la víctima-, lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente.

Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Consiste en un listado de 29 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Este instrumento consta de dos subescalas. La primera de ellas, que está compuesta por 13 ítems, evalúa las distorsiones cognitivas que presenta el sujeto en relación con la mujer. La segunda, que consta de 16 ítems, permite evaluar las cogniciones distorsionadas referidas a la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

SCL-90-R (Derogatis, 1975). Es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El *SCL-90-R* está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto. El punto de corte en el índice global de síntomas (*GSI*) es 63.

Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988). Consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la expresión de ira en una situa-

ción concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. Asimismo el STAI cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira).

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; versión española de Vázquez y Sanz, 1991). Consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66. La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982). Consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte, según las muestras utilizadas, oscila en torno a 30. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado ($r=0,40$). El coeficiente *alfa* de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima, y el punto de corte en la población adulta es de 29. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias (*cf.* Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Saucá y Emparanza, 1994). La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997b).

Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987a). Refleja el grado en que los problemas actuales del paciente afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento cuenta asimismo con una subescala que da cuenta

del grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El autoinforme consta, en total, de 6 ítems, que tienen una puntuación de 0 a 5 según una escala de tipo Likert. El rango total del instrumento es de 0 a 30, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997b).

Test de Ajuste Marital (Locke y Wallace, 1959). Está formado por 15 ítems de puntuación variable que evalúan el grado de armonía que existe en la pareja según la percepción de cada miembro. El rango es de 0 a 145 y el punto de corte es de 100, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es el ajuste marital. Este instrumento sirve para discriminar a las parejas bien avenidas de las parejas mal avenidas. Los estudios de fiabilidad y validez llevados a cabo con esta escala han dado unos resultados satisfactorios. La escala utilizada en este trabajo puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997b).

Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987b). Este instrumento trata de valorar, desde una perspectiva global, la motivación del paciente ante la terapia y, desde una perspectiva más específica, el grado en que el paciente confía mejor como consecuencia del tratamiento que va a recibir o está recibiendo. El paciente tiene que puntuar en una escala de tipo Likert que oscila de 1 (*nada*) a 6 (*muchísimo*). La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Tabla 1.- Resultados de la evaluación de las variables de maltrato en el pretratamiento

CUESTIONARIO DE VARIABLES DEPENDIENTES DEL MALTRATO	RESULTADOS
Frecuencia del maltrato	3 días/mes
Duración de los episodios de maltrato	50 minutos
Indicador subjetivo del paciente (0-24)	24

En la tabla 1 figuran los resultados obtenidos por el paciente en las variables de maltrato en la evaluación pretratamiento. Los resultados reflejan la presencia de un nivel elevado de episodios de maltrato (3 días al mes), con una alta duración de los mismos (50 minutos). Asimismo la percepción subjetiva del paciente sobre la gravedad de los episodios violentos es también alta (*Indicador subjetivo del paciente: 24*).

En lo que se refiere a las variables psicopatológicas (tabla 2), la evaluación pretratamiento indica la presencia de un nivel elevado de psicopatología general (*GSI: 81*). En concreto, el paciente presenta un nivel muy elevado de ansiedad y de síntomas depresivos, así como de ira. Todo ello produce un grado alto de inadaptación a la vida cotidiana que se refleja, especialmente, en su relación de pareja.

Tabla 2.- Resultados de la evaluación de las variables psicopatológicas en el pretratamiento

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIÓN OBTENIDA
SCL-90-R (<i>GSI</i>)	81
Inventario de Ira (<i>STAXI-E</i>) (<i>Rango: 0-40</i>)	31
Inventario de Ira (<i>STAXI-R</i>) (<i>Rango: 0-40</i>)	40
Inventario de Ansiedad (<i>STAI-E</i>) (<i>Rango: 0-60</i>)	53
Inventario de Ansiedad (<i>STAI-R</i>) (<i>Rango: 0-60</i>)	48
Inventario de Depresión (<i>BDI</i>) (<i>Rango: 0-63</i>)	49
Escala de Autoestima (<i>Rango: 10-40</i>)	25
Escala de Inadaptación (<i>Rango: 0-30</i>)	28
Test de Ajuste Marital (<i>Rango: 0-145</i>)	65
Escala de Expectativas de Cambio (<i>Rango: 1-6</i>)	6

En este caso no fue necesario realizar una sesión de confrontación con los dos miembros de la pareja -sesión habitual en la evaluación de los maltratadores, en la que se contrastan los datos aportados por el paciente con los hechos referidos por la mujer-, debido a que la información proporcionada por el paciente coincidía en los aspectos fundamentales con la que la mujer le había dado a su terapeuta.

Las siguientes evaluaciones tuvieron lugar en la fase inmediatamente posterior a la intervención clínica y en los diversos seguimientos (1, 3, 6, 12 y 18 meses). No obstante, se mantuvieron contactos esporádicos adicionales con el paciente para evitar posibles reincidencias.

Todos los cuestionarios se han aplicado en todos los momentos de evaluación, a excepción del **Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia** y del **SCL-90-R**, que, al tratarse de unas pruebas más generales e inespecíficas, se han aplicado sólo en la evaluación pretratamiento.

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le ofreció al paciente una información clara y detallada sobre el origen de los síntomas presentados, así como sobre las posibilidades de intervención.

Se le explicó que todas las personas manifiestan conductas de ira en momentos determinados. Sin embargo, en su caso, al ser estos accesos de ira muy intensos, era incapaz de controlarlos y de encauzarlos de una forma apropiada. De este modo, se producían los episodios de descontrol violento por motivos triviales hacia los sujetos vulnerables (su mujer en concreto), a la que percibía indefensa y más débil que él.

Por otra parte, el tipo de educación que había recibido ejercía, sin duda, una gran influencia en su modo de comportarse. Así, mediante un proceso de modelado, había aprendido a utilizar la violencia como una forma «adecuada» de actuación ante las frustraciones. Además, las ideas distorsionadas respecto a los roles sexuales, junto con las contrariedades laborales y el efecto desinhibitorio del consumo excesivo de alcohol, ofrecían un caldo de cultivo para que se produjese la violencia.

Desde otra perspectiva, el paciente consideraba los episodios de violencia como un problema de pareja. Se le insistió en que se trataba de dos temas distintos y en que era inadecuado analizar la violencia familiar como un grado mayor de desestructuración en una relación conyugal. Todas las parejas pueden tener problemas y necesitar ayuda. Sin embargo, las conductas violentas son reflejo de un problema personal de control de impulsos, que requiere un tratamiento individual.

El paciente era una persona más bien *violenta* en todas las facetas de su vida y *sin habilidades interpersonales*. La insistencia del terapeuta en que no

se trataba de una mala persona, sino de una persona inhábil para controlarse ante determinadas situaciones, y en que las habilidades requeridas se pueden aprender en un periodo de tiempo no muy largo, constituyó una estrategia motivacional importante.

Se le explicó al paciente el plan de tratamiento y la duración aproximada del mismo, así como las líneas generales de intervención. En concreto, se seleccionaron los siguientes objetivos terapéuticos: a) eliminar por completo los episodios de violencia física y psicológica; y b) en caso de conseguir el primer objetivo, dotar al paciente de las habilidades adecuadas para el normal desarrollo de su relación de pareja.

c) Tratamiento

Como se ha sugerido en estudios recientes (*cf.* Corsi, 1995), la modalidad terapéutica utilizada consiste en un programa amplio de intervención, que incluye técnicas muy variadas y heterogéneas. En la *tabla 3* 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 lector puede encontrar el protocolo completo de tratamiento en Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998).

El programa terapéutico, que es gratuito para el paciente, constó de 16 sesiones (11 en un formato individual y 5 de pareja) de una hora de duración y con una periodicidad semanal. A su vez, la mujer del paciente era tratada simultáneamente por una psicóloga clínica del Servicio de Violencia Familiar. Las sesiones de pareja se programan en la última fase del tratamiento, cuando el paciente ha experimentado una mejoría en el control de los impulsos. El formato de pareja parece el más adecuado para la consecución de ciertos objetivos, como el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

La *primera sesión* de tratamiento tuvo como objetivo conseguir que el paciente asumiera la responsabilidad exclusivamente propia en los episodios de violencia. De este modo, se reevaluaron las principales conductas violentas ocurridas con su pareja y se le explicó el ciclo de la violencia y el proceso de escalada de la ira.

En concreto, el paciente comprendió la importancia de detectar las señales iniciales de ira (sensación de calor, ceño fruncido, puños cerrados, tono de voz alto con inflexiones bruscas, etc.) en una fase temprana, cuando toda-

... se puede... en casa

Por otra parte, en la reevaluación de las situaciones violentas, el paciente se percató de la ausencia de respuestas de afrontamiento adecuadas para la resolución de los conflictos, así como de habilidades para el control de los impulsos violentos.

Tabla 3.- Resumen del protocolo de tratamiento

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Ira descontrolada	Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira. Suspensión temporal. Distracción cognitiva. Entrenamiento en autoinstrucciones.
Ansiedad/estrés	Relajación.
Celos patológicos	Reestructuración cognitiva. Saciación.
Consumo abusivo de alcohol	Programa de bebida controlada.
Déficits de asertividad y de comunicación	Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficits en la resolución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas.
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.
Déficits en autoestima	Reevaluación cognitiva.
Déficits en las relaciones sexuales	Educación sobre la sexualidad en la pareja.

Tabla 4.- Fases en la aplicación de la suspensión temporal

Identificación de los indicios de ira. Cuando se advierten los primeros signos de irritación (con un grado de 2 a 3 en la intensidad subjetiva de la ira), se lleva a cabo la suspensión temporal. En algunos casos el paciente ya la habrá practicado por sí mismo, pero lo habrá hecho cuando ya se ha desencadenado la violencia. Por ello, es necesario aplicar esta técnica cuando se está en las primeras fases de la escalada de la ira.

Aviso a la víctima. El sujeto debe llegar a un acuerdo con la pareja sobre una señal que indique la puesta en marcha de la suspensión temporal. Esta señal puede ser física (hacer un gesto predeterminado con la mano) o verbal, como, por ejemplo, decir: *«tiempo-fuera»*, acompañado de algún comentario: *«Me siento mal...; me marchó fuera porque he perdido el control y quiero tranquilizarme»*. No podrá añadir ninguna expresión inculpatória hacia la pareja del tipo: *«Tiempo-fuera, estás enfureciéndome»* o *«estás haciéndome perder el control»*. Esta clase de afirmaciones conducirían a una postura defensiva y a una escalada, más que a la serenidad esperada y a la seguridad de la separación temporal.

Alejamiento físico y psicológico de la situación. Cuando sienta que comienzan las primeras fases de la ira y haga la señal de la suspensión temporal, deberá dejar el hogar durante una hora (ni más ni menos) y decir adónde va a acudir. Durante este tiempo **PUEDE HACER** alguna actividad física que le ayude a reducir la tensión en su cuerpo. Se trata de alejarse físicamente y de enfriar los pensamientos calientes. Darse una larga caminata, relacionarse con un amigo o salir a correr son algunos de los métodos adecuados.

NO debe pensar en la situación que le ha hecho enfurecerse. Cuanto más piense en lo injusto y detestable de lo que le ha ocurrido, más irritado se sentirá. Tampoco debe tomar decisiones en esas circunstancias respecto a la situación ocurrida: abandonar el hogar, divorciarse, darle un escarmiento a su mujer, etc. La ira es una mala consejera para tomar decisiones acertadas. Conviene, por ello, posponer cualquier decisión a una situación de tranquilidad posterior.

No debe beber ni utilizar drogas mientras está alejado, así como tampoco conducir. Los conductores enfadados son un auténtico peligro para sí mismos y para los demás.

Regreso. Cuando regrese debe avisar que ha llegado. Esto ayudará a generar confianza en la relación. El aviso de llegada implica una voluntad por ambas partes para reanudar la comunicación. El paciente debe comprobar si está preparado para hablar sobre la cuestión. Si no lo está, debe fijar un tiempo específico en el que estará listo para hacerlo. Hablar de lo que le hizo sentirse irritado ayudará a ambos a reducir la posibilidad de la escalada de la ira en el futuro.

Como tarea propuesta para casa, el paciente, cada vez que estuviera irritado, debía tomar nota de las señales fisiológicas advertidas, así como de la intensidad de la ira, en el **Autorregistro de Ira** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

En la **segunda sesión** se comenzó con la revisión de la tarea encomendada. El paciente había anotado dos situaciones en el autorregistro. La primera había ocurrido el sábado. Era tarde y el paciente quería dar una vuelta y tomar un café. Su mujer estaba cansada y no le apetecía salir. El paciente comenzó a notar una sensación de calor y a ponerse nervioso: estas señales recordaban el inicio de los episodios anteriores de descontrol.

La segunda situación ocurrió al día siguiente y se produjo al recordar lo ocurrido el día anterior. El paciente comenzó a tener pensamientos suscitadores de tensión (por ejemplo: *«nunca me hace casos»*; *«siempre hace lo que ella quiere»*) y optó por salir de casa para evitar discusiones.

Se reforzó al paciente por el cumplimiento de las tareas y se le explicó la técnica de la suspensión temporal (tiempo-fuera), para que recurriera a ella cuando sintiera las señales iniciales de ira. En la **tabla 4** figuran las fases en la aplicación de esta técnica.

Tabla 5.- Estrategias de distracción cognitiva

* **Concentrarse en lo que está pasando alrededor.** Por ejemplo, adivinar la región de origen de las personas con las que uno se encuentra en la calle, fijarse en las matrículas de los coches, etc.

* **Practicar alguna actividad mental.** Por ejemplo, contar despacio de 1 a 20 de atrás adelante o hacer una determinada tabla de multiplicación, cantar una canción, resolver un crucigrama, etc.

* **Hacer ejercicio físico.** Por ejemplo, pasear, hacer arreglos en casa, correr, ir al monte, etc. Mantenerse físicamente ocupado le ayuda a uno a distraerse de sus pensamientos.

* **Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas.** Los pasos pueden ser los siguientes: **retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10; al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra «tranquilo»; inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose la palabra «tranquilo» cada vez que se espira.**

Tabla 6.- Ejemplo de autoinstrucciones

Situación emocional: *«Estoy furioso, irritado».*
Cadena de autoinstrucciones posibles

«¿Por qué me siento así? ¿Qué cosas se me pasan por la cabeza?»
«Estar furioso no me conduce a nada positivo. Voy a pensar qué se me ocurre para eliminar mi irritación»
«En primer lugar, voy a esforzarme en respirar lenta y profundamente para tratar de tranquilizarme»
«¿Justifica realmente lo que ha hecho mi mujer para sentirme así?. No siempre salen las cosas como a uno le gustaría»
«¿Consigo mis objetivos reaccionando de este modo?»
«Me siento ahora más tranquilo... voy a continuar respirando profundamente. Voy a ponerme a pensar en algo agradable»
«Realmente no merece la pena irritarse. Si ante un problema me irrito, tengo dos»
«Ahora que estoy más tranquilo, voy a hablar con mi pareja y tratar de llegar a un acuerdo con ella en lo que me preocupa»

Tabla 7.- Estrategias de urgencia

- El paciente debe abandonar inmediatamente la situación en la que se encuentra, es decir, llevar a cabo la suspensión temporal sin demora y sin necesidad de un acuerdo previo con la pareja. Sólo así se puede evitar un empeoramiento de la situación. El sujeto, cuando esté fuera, debe seguir las instrucciones proporcionadas en la explicación del formato habitual de la suspensión temporal.
- El paciente NO debe regresar a casa hasta que se sienta más calmado y no exista peligro de otro estallido de violencia.

Con el objetivo de ayudar al paciente a no pensar en lo ocurrido y a tranquilizarse mientras realizaba la suspensión temporal, se le enseñaron técnicas de distracción cognitiva (tabla 5) y, posteriormente, de autoinstrucciones adecuadas para el control de la ira (tabla 6). Asimismo se le proporcionaron unas pautas de actuación en caso de urgencia (cuando el sujeto se encuentra con un nivel de ira superior a 7 y las estrategias anteriores han fallado) (tabla 7).

Las tareas para casa consistían en llevar a cabo la suspensión temporal cuando detectara las señales iniciales de ira y practicar la técnica de distracción cognitiva. Posteriormente, debía aplicar las autoinstrucciones y anotar todo en el **Autorregistro de Ira**.

En la **tercera sesión**, el paciente relató la inexistencia de accesos de ira durante la semana, lo cual fue confirmado por la mujer. No había sido necesario, por ello, utilizar la suspensión temporal. Estaba contento porque la relación de pareja había mejorado considerablemente. Se le reforzó al paciente por el cambio de su comportamiento, pero se le precisó que no podía bajar la guardia y que los problemas de violencia aún no estaban resueltos.

Por ello, era necesario continuar sin demora con el tratamiento. En esta sesión se llevó a cabo un entrenamiento en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva (con una duración de 45 minutos), con el objetivo de reducir la ansiedad del paciente y de constituir más adelante una alternativa a la suspensión temporal.

Como tareas para casa, el paciente debía proseguir con la técnica de suspensión temporal, distracción cognitiva y autoinstrucciones y anotar todo en el **Autorregistro de Ira**. Por otra parte, debía llevar a cabo los ejercicios de relajación 2 veces al día (antes de acostarse y en otro momento elegido por el paciente) y señalarlos en un **Registro de Relajación**.

En la **cuarta sesión** se continuó con el entrenamiento en relajación (con una duración de 30 minutos). Durante esta semana todo había ido bien, por lo que tampoco había necesitado recurrir a la suspensión temporal. En lo que se refiere a los ejercicios de relajación, el paciente los hacía después de comer y se quedaba dormido. Por ello, se le dieron instrucciones de hacerlos en otro momento del día, para que fuese consciente del proceso de relajación. En esta misma sesión se estableció un programa de bebida controlada, debido al abuso de alcohol del paciente y a su influencia en los episodios violentos (tabla 8).

Como tareas para casa, eran las mismas que en la sesión anterior, excepto que, además, debía anotar el consumo diario de alcohol en el **Registro de Bebida**.

En la **quinta sesión** se comenzó por el repaso de las tareas que se le habían mandado para casa. El paciente no había sido capaz de controlar el consumo de alcohol. Este hecho hace que la sesión resulte muy tensa: el paciente se enfada mucho ante las observaciones del terapeuta. Además, se ponen de manifiesto las creencias distorsionadas del sujeto (en concreto, las ideas machistas) respecto a los roles sexuales.

Tabla 8.- Instrucciones del programa de bebida controlada

- * Beber como máximo 40 gramos de alcohol por día. Una consumición de vino o cerveza, en las unidades de medida de un bar, contiene 10 gramos; una consumición de otra bebida alcohólica (coñac, whisky, «gin-tonic», etc.), 20 gramos. Anotar el consumo en el registro correspondiente.
- * Beber como máximo 4 días por semana.
- * No beber nunca a solas ni en compañía de personas que abusun del alcohol. Hacerlo cuando se lleva a cabo alguna otra actividad: charlar, comer, jugar a cartas, estar con los amigos, etc.
- * No beber nunca en ayunas ni con el estómago vacío.
- * Beber solamente cuando se encuentre de buen humor y nunca cuando esté enfadado, preocupado o triste.
- * Llevar a cabo actividades que sean incompatibles con el consumo de alcohol: hacer ejercicio físico, ir al monte, etc.

En la sesión se insiste en la necesidad de cumplir estrictamente el programa de bebida controlada como requisito fundamental para la consecución de los objetivos establecidos. Al adoptar el paciente una actitud orgullosa respecto a su capacidad de controlar lo que se proponga, se le marca una tarea específica: controlar el consumo de alcohol durante las vacaciones de verano.

Se aprovecha también esta sesión para comenzar la intervención cognitiva sobre las distorsiones de corte machista del paciente.

La sexta sesión tiene lugar después de las vacaciones de verano y se dedica a repasar lo ocurrido durante este tiempo. El paciente acude a consulta muy contento porque han tenido una especie de *segunda luna de miel*. En concreto, han estado mucho tiempo los dos solos y han realizado muchas excursiones. Todo ello ha contribuido a que la relación de pareja haya mejorado considerablemente.

En lo que se refiere al consumo de alcohol, el paciente ha mantenido una línea estable, sin pasarse de los límites permitidos. Se le refuerza mucho por los progresos obtenidos, relacionando el control del alcohol con la mejoría experimentada. Se trata de motivar al sujeto para la continuación del progra-

ma de bebida controlada. En esta sesión se retoma también el entrenamiento en relajación y se realiza el tercer ejercicio, con una duración de sólo 15 minutos.

La mujer del paciente, en una entrevista previa con su terapeuta, puso de manifiesto estos mismos progresos.

Como tareas para casa, el paciente debe seguir con el entrenamiento en relajación 1 vez al día (en cualquier momento elegido por él mismo) y apuntar los resultados en el **Registro de Relajación**. Además, intentará afrontar mediante esta técnica el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguirá con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva, en una primera fase, y con las autoinstrucciones, en una segunda. Todo ello lo anotará en el **Autorregistro de Ira**. Asimismo, deberá indicar el consumo diario de alcohol en el **Registro de Bebida**.

Debido a los progresos obtenidos, se concierta una sesión de pareja para establecer un refuerzo compartido y también personalizado en el paciente delante de su mujer.

La **séptima sesión** se realiza con ambos miembros de la pareja y se hace un balance de los resultados conseguidos hasta el momento. En concreto, el paciente no se ha vuelto a descontrolar con la violencia y se ha conseguido mejorar significativamente la convivencia familiar. Se le refuerza mucho al sujeto en presencia de su mujer, lo que hace que éste se sienta muy bien. Uno y otra perciben los logros conseguidos y están muy satisfechos.

Se les sugiere que cada uno diga lo que le gustaría cambiar del otro. En este sentido se pone de manifiesto la dificultad del paciente en todos los aspectos relacionados con las habilidades de comunicación. En concreto, al sujeto le cuesta sobremanera plantearle a su mujer los problemas que está atravesando en el trabajo, pero se esfuerza en hacerlo.

Durante la **octava sesión** el paciente se siente satisfecho de la relación con su pareja. Sin embargo, se ha producido un acontecimiento negativo. Su hijo ha robado 15.000 pts. a una vecina, lo que ha disparado las señales iniciales de la escalada de la ira en relación con su hijo. Por ello, al identificarlas adecuadamente y percatarse de que se iba a descontrolar, utilizó la técnica de la suspensión temporal. En este sentido, se le refuerza positivamente por su acción, que fue una estrategia de urgencia para evitar pegar a su hijo. No obstante, fue necesario corregir algunos aspectos, ya que, tras salir de casa, no puso en marcha la distracción cognitiva y las autoinstrucciones.

En esta sesión se terminó el entrenamiento en relajación, que requirió un tiempo de sólo dos minutos y que le vino bien al paciente para tranquilizar el estado de ánimo alterado.

Se aprovechó esta ocasión del incidente con el hijo para enfocar la intervención cognitiva dirigida a eliminar las ideas irracionales acerca del uso de la violencia. Además, se insistió en la importancia de poseer unas adecuadas habilidades de comunicación como requisito básico para solucionar el problema. En concreto, se hizo especial hincapié en su tono de voz, que era excesivamente elevado y aterrorizaba a su mujer e hijos. Se realizaron ensayos conductuales durante la sesión para modularlo adecuadamente.

Como tarea para casa, el paciente debía hablar con su hijo de lo ocurrido y de las razones de su enfado, así como instarle a que asumiera la responsabilidad del robo y estudiara la mejor forma de devolver el dinero. Además, debía seguir con las mismas tareas que en la sesión anterior.

En la novena sesión el paciente acude en un estado alto de ansiedad debido a los problemas de pago en la empresa. Llevan 3 meses sin cobrar y están empezando a pasar dificultades serias para llegar a fin de mes. Han tenido que solicitar un préstamo a pesar del sueldo de su mujer, que ha comenzado a trabajar de nuevo como interina en un supermercado. Los dos están muy nerviosos, pero quizá su mujer más, debido a que es ella la encargada de planificar la economía familiar.

La situación en la que se encuentra el paciente es objeto de una revalorización cognitiva. En esta ocasión la responsabilidad del problema es ajena a él, ya que no se trata de un error suyo, puesto que es un buen trabajador. El paciente percibe su propio estado de agitación y es consciente de que se trata de una situación de alto riesgo para la recaída. Por ello, se le recuerda la necesidad de utilizar la relajación. Además, se aprovecha esta ocasión para eliminar las ideas irracionales en relación con los roles sexuales. Ahora más que nunca deben estar unidos su mujer y él y colaborar de igual a igual para conseguir salir de los apuros económicos.

Asimismo se le refuerza al paciente por el hecho de que no haya subido el tono de voz durante la sesión. En este sentido, el sujeto pone de manifiesto que lo está intentando seriamente, pero que en alguna ocasión *«se le escapa»*.

Por otra parte, ha hablado con su hijo en los términos expuestos en la sesión anterior. Su hijo está muy arrepentido por todo lo ocurrido y por primera vez han hablado los dos tranquilamente sobre lo sucedido. Se le hacen ver al paciente las consecuencias positivas de su nueva forma de actuar. No

hay cambios respecto a las tareas para casa en relación con las sesiones anteriores.

En la décima sesión se refuerza mucho al paciente por el esfuerzo que está haciendo para controlarse en una situación económica precaria. Se insiste en la aplicación de la relajación.

El resto de la sesión se dedica a intervenir en la mejora de las relaciones sexuales. El paciente tiene una necesidad sexual muy alta -una media de 10 relaciones sexuales a la semana. Su mujer, que antes no le daba importancia a este tema debido a la urgencia de solucionar el maltrato, lo vive como un auténtico calvario, no sólo por la alta frecuencia de las relaciones sexuales, sino por la indelicadeza del paciente en este tema. Como ejemplo, cuando la mujer se ha negado a mantener relaciones sexuales, el sujeto ha tratado de convencerla diciendo *«sí, total, sólo tienes que abrir las piernas»*. El paciente enfoca las relaciones sexuales de una forma mecanicista, sin ningún tipo de demostración afectiva.

Por ello, se realiza una intervención educativa en la que se le proporciona al paciente información sobre el comportamiento sexual humano, se establece una conexión entre la sexualidad y la afectividad y se le explican las diferencias entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer.

En esta sesión se ponen de manifiesto los problemas de comunicación y los niveles de vergüenza del paciente con su mujer en la demostración de afectos. Por ello, se decidió realizar al final del tratamiento una intervención de pareja, centrada en el aprendizaje de unas habilidades adecuadas de comunicación.

Como tarea propuesta para casa, el paciente, además de proseguir con las tareas de las sesiones anteriores, debía poner en práctica lo aprendido en esta sesión para mejorar las relaciones afectivo-eróticas. Respecto a la práctica sexual, el paciente debía iniciar relaciones con su mujer en un marco de ternura sólo si a ésta le apetecía tenerlas; en caso contrario, y sin reproches a su pareja, podía recurrir a la masturbación.

A partir de la undécima sesión, y a tenor de los progresos experimentados, la terapia se realiza conjuntamente con los dos miembros de la pareja. En esta sesión se abordan problemas de pareja que están estrechamente relacionados con el estrés laboral del paciente. La mujer se queja de la falta de comunicación -y hasta del hermetismo- del paciente, que en las circunstancias actuales no se dirige a ella para nada. Él lo reconoce y lo atribuye a la desgana y a la preocupación que siente en estos momentos en relación con el trabajo.

Se realiza una intervención cognitiva en este sentido. Compartir con su mujer lo que le ocurre y expresarle cómo se siente, en lugar de fingir que no pasa nada y encerrarse en sí mismo, contribuye a buscar una solución a los problemas y a dar un mayor grado de cohesión a la pareja. Ahora más que nunca deben apoyarse mutuamente y compartir los problemas, precisamente a través de la comunicación.

El paciente logra percatarse de que su mujer también está sufriendo. Al final de la sesión, los dos miembros de la pareja salen más animados y tranquilos, con un compromiso explícito por parte del paciente de que se va a esforzar al máximo.

En la **duodécima sesión** el paciente señala que, después de la sesión de pareja anterior, la situación tendió a la normalidad. Sin embargo, se ha producido un incidente que les ha vuelto a enfrentar. Ayer estaban abrazados en el sofá acariciándose y haciéndose bromas. Su mujer tenía que ir a trabajar y le pidió un beso, a lo que él replicó que pusiera *«una boca más sexy, pues parecía un culo de pollo»*. En realidad, era una broma, pero resultó fuera de contexto. Ella se enfadó y él reaccionó de forma exagerada. En concreto, le dijo que él sabía que no le gustaba y que no quería saber nada de ella. A partir de entonces se han distanciado. El paciente no comprende la reacción de su mujer y piensa que quizás esté cansada de él y quiera separarse.

Se realiza una reevaluación cognitiva con el objetivo de ajustar su pensamiento a la realidad. Se le recuerda que fue su mujer quien le dio una oportunidad después de la situación de maltrato y que fue ella quien buscó ayuda. La mejoría experimentada por el paciente ha sido significativa y se ha producido rápidamente. Después de un cambio tan importante en su relación, se le plantearon al paciente unos problemas laborales que no ha sabido afrontar. Todo ello ha traído como consecuencia un retroceso y el temor de su mujer de que las cosas vuelvan como al principio.

Se le hace ver que fue él quien empleó una expresión inadecuada y que su mujer la ha interpretado como un insulto, independientemente de que él no lo hiciera con esa intención.

Se concluye la sesión con un entrenamiento en técnicas de solución de problemas, con el objetivo de que el paciente pueda utilizarlas cuando resulte necesario.

Como tareas específicas para casa, el paciente debe admitir el error cometido y utilizar un lenguaje acorde a la sensibilidad de su mujer, así como practicar la técnica de solución de problemas en los contratiempos cotidianos.

Las tres sesiones siguientes (13^a-15^a) están dedicadas al entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación. Se les enseña a ambos miembros de la pareja los aspectos básicos para una adecuada comunicación (expresar los aspectos positivos del otro, realizar críticas de forma apropiada, establecer un tiempo dedicado al diálogo, planificar el tiempo de ocio, etc.).

Si bien el entrenamiento en habilidades de comunicación tuvo resultados muy positivos, fue necesario hacer frente a numerosas dificultades y corregir innumerables aspectos de la comunicación del paciente. Así, por ejemplo, al comienzo de la intervención el paciente quiso hacer un comentario positivo a su mujer en relación con la comida (*«es la segunda o tercera comida más buena que haces desde que estamos casados»*), que ella interpretó como un reproche a su conducta como ama de casa en los 18 años de matrimonio.

Por último, la **décimosexta sesión**, hecha en un formato individual, tuvo como objetivo prevenir la recaída en la conducta de maltrato. Para ello, se le proporcionó información al paciente sobre los principales factores de alto riesgo para la recaída: abuso de alcohol, frustraciones laborales, falta de expresión de afectos, etc. Se insistió en las posibilidades de autocontrol, tal y como había demostrado a lo largo del tratamiento, y en su propia responsabilidad para evitar la recaída y utilizar las estrategias de afrontamiento aprendidas. Se le refuerza mucho por los progresos realizados, el terapeuta se pone a su disposición si surge cualquier contratiempo y se establecen los periodos de seguimiento.

Como tareas, se le insiste en la conveniencia de la práctica regular de las estrategias de afrontamiento aprendidas para el control de la escalada de la ira: la relajación, la solución de problemas, las habilidades de comunicación, etc. Si no lo consigue, debe proseguir con la suspensión temporal y con la distracción cognitiva, en una primera fase, y con las autoinstrucciones, en la segunda.

RESULTADOS

El cambio terapéutico se valoró mediante la aplicación de mediciones repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el pretratamiento. Todas estas pruebas han mostrado su sensibilidad al cambio terapéutico en diversos estudios (*cf.* Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Asimismo, se tuvo en cuenta la valoración que la mujer del paciente realizó sobre su marido en cada momento de evaluación. Los resultados obtenidos con los

Tabla 9.- Resultados obtenidos con los instrumentos de medida en los diferentes momentos de evaluación

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PRE	POST	1 MES	3 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES
Frecuencia del maltrato	3	0	0	0	0	0	0
Duración de los episodios de maltrato	50	0	0	0	0	0	0
Indicador subjetivo del paciente	24	0	0	0	0	0	0
SEIAT-E	11	26	10	10	10	10	10
STAI-E	53	16	11	8	0	0	2
BDI	49	18	9	6	0	0	1
Autoestima	25	30	30	32	39	38	39
Inadaptación	28	3	3	3	0	0	1
Ajuste Marital	65	92	90	89	100	120	119

J. Fernández-Montero y E. Echeburúa

Un curso clínico de un maltratador

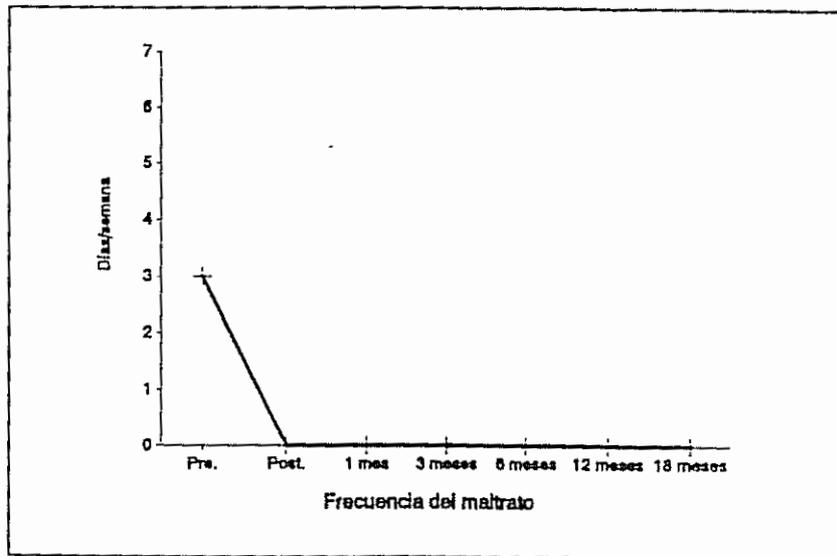


Figura 1.- Evolución de las variables de maltrato y psicopatológicas

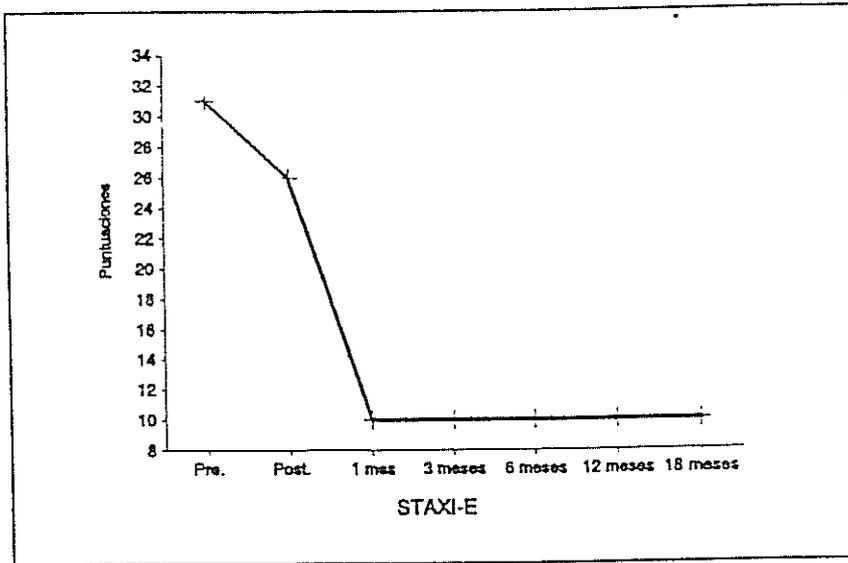
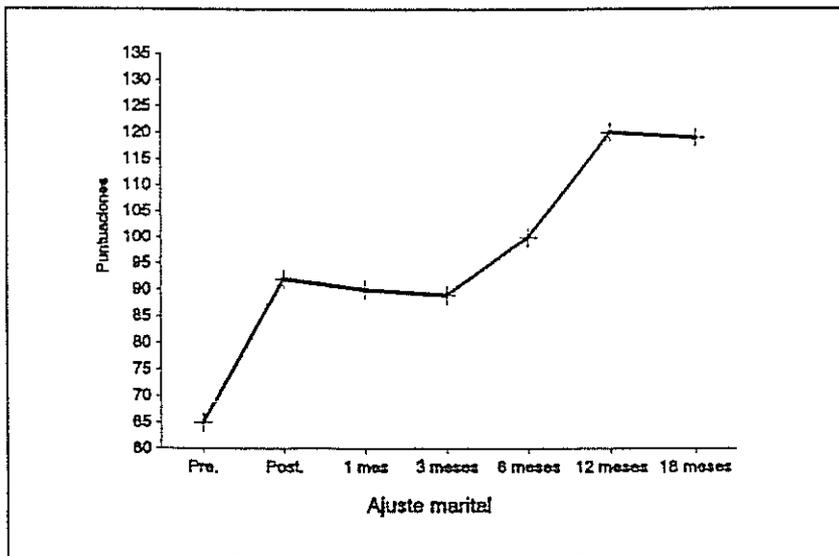


Figura 1.- Evoluci3n de las variables de maltrato y psicopatol3gicas

Figura 1.- Evoluci3n de las variables de maltrato y psicopatol3gicas



diferentes instrumentos en el postratamiento y en los controles de seguimiento figuran en la **tabla 9** y en la **figura 1**.

Los resultados indican la existencia de una mejoría significativa tanto en los factores de maltrato como en las medidas psicopatológicas. Sin embargo, el cambio es desigual en las diferentes variables. Así, los episodios de maltrato cesan rápidamente tras el inicio de la intervención terapéutica, y esta mejoría se mantiene a lo largo del período de seguimiento.

Sin embargo, en las variables psicopatológicas el cambio se produce de forma más lenta, pero gradual. Al concluir el tratamiento se observan diferencias respecto a la evaluación pretratamiento, pero esta mejoría aumenta de forma paulatina en los controles de seguimiento.

Desde una perspectiva más cualitativa, se han producido algunos enfrentamientos aislados entre los miembros de la pareja durante los seguimientos. Estos episodios, que no han llegado a constituir propiamente una situación de maltrato, han consistido en discusiones del paciente con su mujer en relación con problemas externos a la pareja (situación laboral crítica, dificultades económicas, conflictos con los hijos, etc.), en los que el sujeto no supo utilizar las estrategias de afrontamiento aprendidas en la terapia. Por ello, tal como se especifica en el apartado correspondiente a la evaluación, se llevaron a cabo controles esporádicos, intercalados en los períodos de seguimiento, que actuaban a modo de recordatorio de las habilidades aprendidas en la consulta.

Así, por ejemplo, en el seguimiento de los 6 meses, según el relato de la mujer del paciente a su terapeuta, el paciente rompió la manilla de una puerta en el acaloramiento de una discusión. Por ello, fue necesaria una intervención terapéutica adicional de dos sesiones para abordar este hecho y recordar lo aprendido en consulta.

En los seguimientos posteriores, que se prolongaron hasta 18 meses después de la intervención terapéutica, no hubo ningún problema. Tanto el paciente como su mujer estaban satisfechos con los progresos conseguidos.

CONCLUSIONES

La intervención con los maltratadores es un asunto muy complejo y no exento de controversias. Son múltiples los sistemas implicados en la toma de decisiones para acabar con el ciclo de la violencia en el hogar. En este sentido, y desde la perspectiva de la psicología clínica, resulta conveniente contar

con programas amplios de intervención, que abarquen las principales áreas deficitarias en este tipo de casos. Por ello, los autores de este artículo han elaborado un programa de tratamiento de 15 sesiones (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), que consta de módulos independientes y que se aplican total o parcialmente en función de las necesidades específicas de cada caso. Se trata, en definitiva, de ofrecer al clínico un amplio abanico de instrumentos terapéuticos con los que afrontar las situaciones concretas más habituales. Así, por ejemplo, en este caso no aparecían problemas relacionados con los celos ni con la autoestima, por lo que no se han aplicado los módulos dedicados a estos aspectos.

En este artículo se expone un caso de un hombre violento y sin habilidades interpersonales que maltrata física y psicológicamente a su mujer. Se trata de un paciente que responde al perfil típico de los maltratadores que acuden al Programa de Violencia Familiar que la Diputación Foral de Vizcaya tiene en Bilbao.

A diferencia de otros programas (p.e., Corsi, 1995), el tratamiento presentado es individual, pero en la fase final de la terapia se ha realizado una intervención de pareja, con el objetivo de facilitar el aprendizaje de unas adecuadas habilidades de comunicación y de solución de problemas. Sin embargo, la terapia de pareja no es la intervención genuina en los casos de violencia familiar. De hecho, el protocolo de tratamiento básico se aplica en una modalidad individual. La incorporación final de las sesiones de pareja requiere que el maltratador haya adquirido una plena conciencia de su problema, que hayan cesado por completo los episodios de malos tratos y que el desarrollo del tratamiento haya sido positivo. Si no se dan estos requisitos, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja, con el reparto de responsabilidades que ello supone.

Los resultados obtenidos en este caso muestran la utilidad de estos programas en el tratamiento de los hombres violentos en el hogar. A pesar de que las tasas de rechazos y abandonos en los estudios de tratamiento son muy altas (*cf.* Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Edleson y Syers, 1990; Faulkner *et al.*, 1992; Gondolf, 1997), este tipo de intervención resulta un instrumento útil en aquellos casos en los que el agresor se percató del alcance de su problema y se compromete terapéuticamente con el cambio de conducta (Corsi, 1995; Madina, 1994).

En este caso se han conseguido eliminar las conductas de maltrato de una forma muy rápida y mantener estos cambios en un seguimiento largo (1.5

años). Sin embargo, en lo que se refiere a las variables psicopatológicas, la evolución ha sido mucho más lenta. Este hecho puede ser debido a que un programa de tratamiento breve puede conseguir la eliminación del maltrato, pero no así los cambios en las variables psicopatológicas, que pueden requerir un programa más largo y más específico. Pero aun así, los resultados en las medidas psicopatológicas asociadas al maltrato han resultado positivos en los diferentes controles de seguimiento.

Queda por averiguar el grado de generalización de los resultados obtenidos en este caso a otros hombres violentos en el hogar. En concreto, el grado de motivación de los pacientes, el nivel de implicación de la pareja en la terapia, el cumplimiento de las tareas programadas, la presencia de otros factores clínicos asociados (por ejemplo, los celos patológicos) y el mantenimiento a largo plazo de los resultados obtenidos, así como el futuro mismo de la relación de pareja, son algunas de las variables que requieren un estudio cuidadoso para una planificación más efectiva de los programas de tratamiento propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brower (original, 1979).
- Conner, K.R. y Ackerley, G.D. (1994). Alcohol-related battering: developing treatment strategies. *Journal of Family Violence*, 9, 143-155.
- Corsi, J. (Ed.) (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires. Paidós.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research. Baltimore.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987a). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987b). *Escala de Expectativas de Cambio*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico 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, 356-384.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral. *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Edleson, J.L. 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. (1997a). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997b). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Gondolf, E.W. (1997). Batterer programs. What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- 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. y Hastings, J.E. (1991). Personality correlates of men who batter and nonviolent men: Some continuities and discontinuities. *Journal of Family Violence*, 6, 131-148.
- Loeke, H.J. y Wallace, K.M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Madina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princeton.
- 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., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades Violentas*. Madrid. Pirámide.
- Shepard, M.F. (1992). Predicting batterer recidivism five years after community intervention. *Journal of Family Violence*, 7, 167-178.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando, FL. Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto C.A., Consulting Psychologists Press (versión española, T.E.A., 1982).

- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.