

Violencia familiar: perfil psicológico del maltratador y estrategias de intervención

Javier Fernández-Montalvo*
Enrique Echeburúa**

Introducción

La violencia en el hogar ha experimentado un desarrollo espectacular en las dos últimas décadas, quizá porque ha aumentado de forma notable, quizá porque ahora emerge más al exterior o quizá por una mezcla de las dos cosas. No es algo meramente metafórico decir que se trata de un fenómeno epidémico cuando 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, según la Asociación Médica Americana, el 25 por 100 de las mujeres es víctima de maltrato doméstico al menos una vez en su vida (Echeburúa y Corral, 1998).

Por extraño que pueda parecer, el hogar —lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de necesidades básicas para el ser humano— puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas. Las situaciones de cautiverio —y la familia es una institución cerrada— constituyen un caldo de cultivo apropiado para las agresiones repetidas y prolongadas. En estos casos las víctimas pueden sentirse incapaces de escapar del control de los agresores al estar sujetas a ellos por la fuerza física, por la dependencia emocional, por el aislamiento social o por distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales.

La conducta violenta en casa supone un intento de control de la relación y es reflejo de una situación de *abuso de poder*. Resulta, por ello, explicable que el maltrato lo protagonicen los hombres y se cebe en las mujeres, los niños y los ancianos, que son los sujetos más vulnerables en el seno del hogar (Corsi, 1994).

Las desavenencias conyugales no son sinónimo de violencia. Los conflictos en sí mismos no son negativos y son consustanciales a cualquier relación de pareja. Lo que diferencia a una pareja sana de una pareja violenta es que la primera utiliza for-

* Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra

** Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco

más adecuadas de solución de problemas, mientras que la segunda recurre a la violencia como la forma más rápida y efectiva de zanjar –provisionalmente– un problema. Se trata en este caso de una herida cerrada en falso (Echeburúa y Corral, 1998).

La violencia en la pareja puede revestir diversas formas. Se habla de *maltrato físico* cuando las conductas implicadas (puñetazos, golpes, patadas, amagos de estrangulamiento, etc.) son reflejo de un abuso físico. La situación de máximo riesgo para la integridad de la mujer puede ser el momento de la separación, cuando el agresor se da cuenta de que la pérdida es algo inevitable.

En el *maltrato psicológico* son frecuentes desvalorizaciones (críticas y humillaciones permanentes), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio o de llevarse los niños), conductas de restricción (control de las amistades, limitación del dinero o restricción de las salidas de casa), conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o al maltrato de animales domésticos) y, por último, culpabilización a ella de las conductas violentas de él (Caño, 1995).

Este tipo de maltrato puede ser reflejo de diversas actitudes por parte del maltratador: *hostilidad*, que se manifiesta en forma de reproches, insultos y amenazas; *desvalorización*, que supone un desprecio de las opiniones, de las tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e *indiferencia*, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer.

Por último, el *maltrato sexual* está referido al establecimiento forzado de relaciones sexuales, sin la más mínima contrapartida afectiva, o a la imposición de conductas percibidas como degradantes por la víctima (Corsi, 1995).

Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, 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 o, al menos, un nivel de compasión, se constituye en un estímulo discriminatorio para la agresión.

En este texto se habla de las mujeres como *víctimas* y de los hombres como *agresores*. Si bien este es el esquema habitual en los casos de violencia familiar, no es insólito que haya mujeres maltratadoras y hombres maltratados. En cualquier caso, el maltrato que tiene como agente activo a la mujer presenta dos características específicas: a) aparece más en forma de humillaciones (abusos económicos, indiferencia afectiva, aislamiento al hombre en la familia, etc.) y de desvalorizaciones que de golpes físicos y surge sobre todo en situaciones en las que el rol laboral o social del hombre es –o se ha vuelto– inferior al de la mujer o en aquellos casos en los que la mujer es mucho más joven que el hombre y plantea unos niveles altos de exigencia; y b) cuando se manifiesta en forma de maltrato físico, aparece frecuentemente como respuesta a los malos tratos repetidos, en casos extremos de defensa propia o ante situaciones de miedo insuperable, en las que estalla la violencia de forma explosiva como consecuencia de una ira reprimida durante mucho tiempo (Torres y Espada, 1996).

La violencia en el hogar tiende a generar, si bien no en todos los casos, niños agresivos. De hecho, los adultos violentos han crecido más en los hogares patológicos azotados por el abuso, las discordias continuas y los malos tratos que en los nuevos modelos familiares, como parejas divorciadas, hogares monoparentales, etc. Desde esta perspectiva, la falta de un modelo paterno adecuado propicia la adquisición de una baja autoestima y dificulta la capacidad para aprender a modular la intensidad de los impulsos agresivos (Rojas Marcos, 1995).

Mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar

Todos los seres humanos experimentan diversas emociones (miedo, alegría, tristeza, ira, culpa, etc.) ante las diferentes situaciones –internas o externas– que se les plantean en la vida cotidiana. Las emociones –la ira entre ellas– desempeñan una función adaptativa y son, por tanto, necesarias para la supervivencia de la persona. El miedo, por ejemplo, sirve para alertar a una persona de posibles peligros; la tristeza es la expresión de un pesar que facilita la compasión o el apoyo emocional por parte de los demás; la culpa, en lo que supone de malestar profundo, dificulta la transgresión de las normas éticas; y la ira tiene un efecto energizante que facilita la adopción de las conductas adecuadas para hacer frente a una frustración (Salaberría, Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1995).

La raigambre biológica de estas emociones primarias se pone de relieve en los cambios fisiológicos que experimenta el organismo cuando se desencadenan. En el caso de la ira, la persona puede experimentar acaloramiento –coloquialmente se habla de “*estar caliente*” o de “*haberse caldeado el ambiente*”–, respiración acelerada, gestos crispados, puños apretados, etc. (Jáuregui, 1990).

No obstante, estas emociones pueden activarse en algunas condiciones sin este sentido funcional y ser, por ello, responsables de consecuencias negativas en la salud física y/o psicológica de uno mismo o, en el caso de la ira, en el bienestar de la otra persona. Lo que confiere un carácter patológico a las emociones es, en unos casos, la inadecuación de las mismas a las situaciones que las han puesto en marcha; en otros, la excesiva intensidad y/o duración de las respuestas emocionales en relación con los estímulos que las han provocado.

La conducta violenta en el hogar 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, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima. En la conducta violenta intervienen, por tanto, los siguientes componentes (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998):

- a) *Una actitud de hostilidad*. Ésta puede ser resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, de la percepción de indefensión de la víctima, de la existencia de celos patológicos y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas.

Más en concreto, la hostilidad deriva de actitudes y sentimientos negativos (de maldad, de venganza, de cinismo, etc.), desarrollados por una evaluación negativa generalizada de las conductas de la pareja, que generan un impulso a hacer daño.

b) *Un estado emocional de ira.* Esta emoción, que varía en intensidad desde la suave irritación o molestia a la rabia intensa y que genera un impulso para hacer daño, se ve facilitada por la actitud de hostilidad y por unos pensamientos activadores relacionados con recuerdos de situaciones negativas habidas en la relación o suscitados directamente por estímulos generadores de malestar ajenos a la pareja (contratiempos laborales, dificultades económicas, problemas en la educación de los hijos, etc.). Manifestar ira no es algo de por sí insano. Es más, reprimirla sistemáticamente puede ser contraproducente porque puede dar origen a alteraciones psicósomáticas (úlceras gastroduodenales, problemas cardiovasculares, etc.) o puede dar pie a explosiones intermitentes de ira descontroladas y de consecuencias imprevisibles. Lo saludable es expresar la ira de forma apropiada, como si fuese una herramienta adecuada para canalizar una insatisfacción y estuviese al servicio de una mejora en la relación con los demás.

Por el contrario, la ira insana, de la que se ocupa este apartado, surge de forma descontrolada, está acompañada –aunque no siempre– de actitudes hostiles, genera conductas violentas y contribuye a deteriorar la relación con los demás.

c) *Unos factores precipitantes directos.* El consumo abusivo de alcohol o drogas, sobre todo cuando interactúa con las pequeñas frustraciones de la vida cotidiana en la relación de pareja, contribuye a la aparición de las conductas violentas.

d) *Un repertorio de conductas pobre y trastornos de personalidad.* Más en concreto, los déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas impiden la canalización de los conflictos de una forma adecuada. El problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad, como suspicacia, celos, autoestima baja, falta de empatía afectiva, necesidad extrema de estimación, etc.

e) *La percepción de vulnerabilidad de la víctima.* Un hombre irritado puede descargar su ira en otra persona (mecanismo *frustración-ira-agresión*), pero suele hacerlo sólo en aquella que percibe como más vulnerable y que no tenga una capacidad de respuesta enérgica y en un entorno –la familia– en que sea más fácil ocultar lo ocurrido. De ahí que las mujeres, los niños y los ancianos sean las personas más vulnerables y que el hogar –el refugio de protección por excelencia– pueda convertirse, paradójicamente, en un lugar de riesgo.

f) *El reforzamiento de las conductas violentas previas.* Muy frecuentemente las conductas violentas anteriores han quedado reforzadas para el hombre violento porque con ellas ha conseguido los objetivos deseados. La violencia puede ser un método sumamente efectivo y rápido para conseguir lo deseado. A su vez, la sumisión de la mujer puede quedar también reforzada porque, con un

comportamiento claudicante, consigue evitar las consecuencias 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, etc.), la perpetuación en el tiempo de tipos de relación claramente insanos.

Por otra parte, el hombre muestra una mayor tendencia a desarrollar conductas violentas por influencias hormonales, como también ocurre en los machos de otras especies animales, y por la aprobación social de dichas conductas, que están muy relacionadas, ya desde la infancia, con el estereotipo social del varón (cfr. Dutton y Golant, 1997).

Una característica del maltrato es la negación de esta conducta por parte del maltratador. 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 (tabla 1).

Tabla 1
Negación del maltrato

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"

Perfil demográfico y psicopatológico de los maltratadores

Según los datos obtenidos en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), las personas violentas en el hogar cuentan con una edad media de 40-45 años, están casadas y con hijos en la mayor parte de los casos y pertenecen a un nivel socioeconómico que oscila entre medio y bajo, sin que ello quiera decir que el maltrato sea exclusivo de este sector. De hecho, la sobrerepresentación de la clase social baja deriva, por un lado, de que los programas comunitarios, que suelen ser gratuitos, atraen específicamente a este segmento social y por otro, de que la mayor carencia de recursos educativos, sociales y económicos en esta clase social genera una mayor frustración, que hace más probable la aparición de conductas violentas (tabla 2).

Tabla 2
VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS DE LOS MALTRATADORES EN EL SERVICIO DE VIOLENCIA FAMILIAR DE BILBAO
 (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

VARIABLES	N (%)
Edad (rango)	42,1 29-64)
Estado civil	
• casados	36 (85,7%)
• solteros	3 (7,1%)
• separados	3 (7,1%)
Nivel cultural	
• sin estudios	3 (7,1%)
• estudios primarios	24 (57,1%)
• estudios secundarios	11 (26,2%)
• estudios universitarios	4 (9,5%)
Nivel socioeconómico	
• bajo	16 (38,1%)
• medio-bajo	10 (23,8%)
• medio	14 (33,3%)
• medio-alto	2 (4,8%)
• alto	0
Situación laboral	
• activo	31 (73,8%)
• en paro	7 (16,7%)
• jubilado	4 (9,5%)
Historia psiquiátrica anterior	
• sí	19 (45,2%)
• no	23 (54,8%)

Si bien la mayor parte de los agresores ejercen un maltrato físico, además del psicológico, es destacable que en un 37 por 100 de los casos el problema fundamental sea el maltrato psicológico (humillaciones, desvalorizaciones, insultos, etc.). La duración de la violencia familiar es superior a los 5-10 años y se remonta frecuentemente al noviazgo o al primer año de matrimonio (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994).

En este estudio hay un 36 por 100 de los maltratadores que han sido víctimas de malos tratos en la niñez. Queda, sin embargo, una mayoría en que no se da la continuidad víctima de maltrato en la infancia/maltratador en la vida adulta. Probable-

mente, a diferencia de lo que se piensa habitualmente, los antecedentes inmediatos de la vida adulta desempeñan un papel más importante que los antecedentes remotos de la niñez (tabla 3).

Tabla 3
VARIABLES DE MALTRATO
 (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

VARIABLES	N (%)
Tipo de maltrato	
• físico	23 (54,7%)
• psicológico	19 (45,3%)
Duración del maltrato	
• más de 10 años	17 (40,5%)
• de 5 a 10 años	13 (31%)
• de 1 a 4 años	8 (19%)
• menos de 1 año	4 (9,5%)
Primer episodio del maltrato	
• noviazgo	13 (31%)
• 1º año de matrimonio	11 (26,2%)
• 2º-5º año de matrimonio	9 (21,4%)
• más de 5 años de matrimonio	9 (21,4%)
Último episodio	
• 0-1 mes	24 (57,1%)
• 1-3 meses	12 (28,6%)
• 3-6 meses	3 (7,1%)
• más de 6 meses	3 (7,1%)
Maltrato sufrido en la infancia	
• sí	15 (35,7%)
• no	27 (64,3%)
Maltrato a los hijos	
• sí	11 (30,6%)
• no	25 (69,4%)
Celos	
• sí	16 (38,1%)
• no	26 (61,9%)
Abuso del alcohol	
• sí	21 (50%)
• no	21 (50%)

Desde una perspectiva psicosocial, la identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje temprano en el varón de ciertas creencias, valo-

res y actitudes: el ocultamiento de las emociones, la preocupación central por el éxito profesional y el ejercicio del poder como forma de control a todos los niveles. Más en concreto, las formas violentas de interacción —las *relaciones de abuso*— son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997).

Los hombres maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos. Asimismo se muestran 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 en muchas ocasiones los conflictos y los contratiempos cotidianos de estas personas actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

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

El aislamiento social y, sobre todo, emocional es un factor que se repite en muchos hombres violentos. Al margen del mayor o menor número de relaciones sociales —habitualmente menor—, lo más característico es la dificultad para establecer relaciones de intimidad o de amistad profunda, lo cual es un reflejo del *analfabetismo emocional* que les caracteriza.

Si bien pueden aparecer algunos rasgos de personalidad acentuados —dependencia emocional, agresividad generalizada, problemas en el control de la ira, impulsividad, déficit de autoestima, celos, etc.—, la mayor parte de los maltratadores son personas sin un trastorno psicopatológico. No obstante, aunque pequeña, hay una relación entre violencia familiar y enfermedades mentales. Las psicosis, en función de los delirios, y el consumo abusivo de alcohol y drogas, que pueden activar las conductas violentas en personas impulsivas y descontroladas, son los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con la violencia en el hogar. En general, los trastornos de conducta y las drogas constituyen un cóctel explosivo.

Algunos trastornos de personalidad pueden estar implicados con la adopción de conductas violentas en el hogar. En concreto, el trastorno antisocial, caracterizado por la frialdad afectiva y la falta de empatía, el trastorno paranoide, en el que la desconfianza y los recelos están presentes de forma constante, y el trastorno narcisista, en el que el sujeto está necesitado de una estimación permanente, son los que entrañan un mayor riesgo (Echeburúa, 1994; Rojas Marcos, 1995).

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

Mención aparte merecen los crímenes pasionales, es decir, aquellos que se cometen bajo los efectos de una gran tensión emocional que enturbia la conciencia y que tienen como causa fundamental los celos patológicos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999). Sin llegar a este extremo, en el contexto de unos celos exagerados e incontrolados tiene lugar una buena parte de la violencia doméstica. Los ataques de celos y el sentirse despechado, junto con la presencia de comportamientos agresivos y de un repertorio de conductas y de intereses muy limitado y la ausencia de autoestima y de habilidades sociales, son la causa más frecuente de homicidios conyugales y un factor determinante en casi el 20 por 100 de todas las agresiones violentas en EE. UU. En 1996 en España, según el Ministerio del Interior, 65 personas murieron a manos de su cónyuge, de las cuales unas 50 (prácticamente una por semana) eran mujeres que, separadas de sujetos con un largo historial de amenazas y agresiones, formaban parte de un grupo indefenso. Por ello, los motivos pasionales, junto con los ajustes de cuentas y venganzas y los arrebatos de locura, constituyen la causa más frecuente de homicidios y asesinatos.

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

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

En la mayoría de los casos la víctima es la pareja y no el rival. A veces, sin embargo, las víctimas pueden ser ambas e incluso el propio sujeto (en forma de suicidio) para evitar la separación en la vida o asegurar la unión en la muerte. No deja de ser impresionante esta paradoja suprema de los celos patológicos: matar en nombre del amor.

En resumen, hay una presencia abundante de síntomas psicopatológicos —en menor medida, de cuadros clínicos definidos— en los hombres maltratadores (*tabla 4*). De hecho, en el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) un 45 por 100 de los sujetos presentan una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15-20 por 100 en la población general, en donde los motivos de consulta más frecuentes han sido el abuso de alcohol, los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y los celos patológicos.

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

de alteraciones psicopatológicas. Sin negar el papel indudable de los trastornos mentales en el desarrollo de la violencia, deben plantearse algunos límites a esta explicación causal. ¿Cómo puede explicarse de este modo que la violencia se desate exclusivamente contra la esposa y sólo dentro de los límites del hogar? (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997).

Tabla 4
Variables psicopatológicas de los maltratadores en el servicio de violencia familiar de Bilbao (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

Variables	Muestra N=42	
	X	(D.T.)
SCL-90-R (GSI)	71,6	(8,7)
STAXI-estado	15,8	(4,5)
STAXI-rasgo	23,2	(7,1)
BDI	15,8	(10,5)
STAI-estado	33,9	(13,4)
STAI-rasgo	28,8	(10,5)
Autoestima	29,1	(4,3)
Inadaptación	18,4	(6,4)
Ajuste marital	66,2	(22,6)

Tipos de maltratadores

Los resultados que se exponen en este apartado pretenden ser una aproximación al establecimiento de tipologías clínicas de maltratadores. Se trata de reflejar la percepción subjetiva de los autores de este texto en relación con los resultados obtenidos y el tipo de pacientes que han observado en el trabajo clínico diario.

Los tipos se pueden establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra, del perfil psicopatológico presentado (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) (tabla 5).

En lo que se refiere a la extensión de la violencia, la mayor parte de los sujetos (el 74 por 100) son *violentos sólo en el hogar*. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol o los celos patológicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.

Tabla 5
Tipos de maltratadores
(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

Tipologías	N	(%)
En función de la extensión de la violencia		
Tipo 1: Violento sólo en el hogar	31	(73,8%)
Tipo 2: Violento en general	11	(26,2%)
En función del perfil psicopatológico		
Tipo 1: Sin habilidades interpersonales	23	(54,8%)
Tipo 2: Sin control de los impulsos	19	(45,2%)

Por el contrario, los *violentos en general* (el 26 por 100 de la muestra), en los que son frecuentes las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.

En cuanto al perfil psicopatológico, hay personas con *déficit en las habilidades interpersonales* (el 55 por 100 de la muestra), es decir, que no han aprendido unas habilidades adecuadas para las relaciones interpersonales debido a carencias habidas en el proceso de socialización. El recurso a la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución de problemas.

Por otra parte, los maltratadores *sin control de los impulsos* (el 45 por 100 de la muestra) son personas que tienen episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia. Si bien presentan unas habilidades sociales más adecuadas y son más conscientes de que la violencia no es una forma aceptable de resolver los conflictos, se muestran incapaces de controlar los episodios violentos, que surgen en forma de un *trastorno explosivo intermitente*.

Programas de intervención

La prioridad en la terapia de la violencia familiar ha sido el tratamiento de las víctimas de maltrato. Aunque muchas mujeres optan por separarse de sus parejas antes o en el transcurso de la terapia, hay un grupo amplio de ellas –aproximadamente el 30 por 100 de las víctimas tratadas y el 50 por 100 del total– que continúan conviviendo con sus parejas (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). En estos casos la terapia recibida por la víctima es necesaria, pero resulta insuficiente si no se actúa simultáneamente sobre el agresor. En caso contrario, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (a los hijos pequeños especialmente). Por este motivo, 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 enfoque judicial del maltratador suele ser insuficiente. El maltrato doméstico es considerado habitualmente como un delito de faltas, que suele ser penado con multas, arresto domiciliario o, menos frecuentemente, con prisión por varios días. Estas medidas penales no han mostrado ser lo suficientemente disuasorias –y en algunos casos han resultado ser contraproducentes– para detener el maltrato (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

En cambio, el tratamiento psicológico del maltratador, siempre que sea asumido voluntariamente, parece ser la intervención más adecuada en la actualidad. De hecho, ha resultado ser un instrumento útil en aquellos casos en los que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998). Por el contrario, las tasas de éxito en pacientes derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a tratamiento son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Madina, 1994; Ronsenfeld, 1992).

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

Resulta prioritario evaluar en estas primeras fases del tratamiento el grado de peligrosidad actual del paciente y el nivel de motivación para el cambio (Corsi, 1995). No deja de ser significativo que la tasa de rechazos y de abandonos prematuros de la terapia afecte a casi el 50 por 100 de los sujetos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

Reconocer la existencia del problema es el paso previo para la terapia. Los hombres maltratadores pueden no ser *culpables*, pero sí son *responsables* del daño producido a la mujer. Sólo desde esta perspectiva se puede iniciar un programa para el cambio.

Las intervenciones terapéuticas con maltratadores han tenido como objetivo, habitualmente en un marco grupal de 10 a 15 sesiones con 1 o 2 terapeutas varones, enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar los hábitos de bebida, reevaluar los sesgos cognitivos, diseñar estrategias de solución de problemas, entrenar en relajación y habilidades de comunicación y enseñar técnicas de afrontamiento de la ira y de control de los impulsos (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997).

Un programa similar se ha aplicado en un formato individual (15 sesiones con una periodicidad semanal) en el estudio de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997). No obstante, algunas sesiones –en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación– se han realizado, en una fase avanzada de la terapia, a nivel

de pareja cuando el caso concreto lo ha requerido y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento hasta ese momento ha sido positivo. Estos últimos aspectos son fundamentales; en caso contrario, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja. En la *tabla 6* aparece un resumen de los principales aspectos psicopatológicos tratados en el programa de intervención y de las técnicas terapéuticas concretas utilizadas para cada uno de ellos. En este estudio se ha obtenido, al terminar el tratamiento, una tasa de éxitos del 81 por 100 de los casos, que se ha reducido al 69 por 100 en el seguimiento de los 3 meses.

Tabla 6
Protocolo de tratamiento
(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

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.

La heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas (Gondolf, 1997). Quizá convenga en un futuro depurar los protocolos de tratamiento en función de las diversas varia-

bles implicadas (modalidades terapéuticas, número de sesiones, formato individual o grupal, etc.) y de los distintos tipos de maltratadores.

No obstante, el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia. En concreto, las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida (Shepard, 1992). Desde una perspectiva predictiva, los factores asociados al éxito terapéutico son los siguientes: la edad del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja (Harris, 1986).

En resumen, el objetivo del tratamiento debe orientarse al control de la violencia, al margen de la posible reconciliación conyugal, y no puede limitarse a la detención de la agresión física con alguna técnica de control de la ira. Lo que es más difícil de controlar es el maltrato psicológico, que puede continuar aun después de haber cesado la violencia física (Corsi, 1995).

Las perspectivas de futuro se centran en la aplicación de un tratamiento individual cognitivo-conductual, 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 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 (Edleson y Tolman, 1992; 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.

Las sesiones grupales, que pueden estar dirigidas por terapeutas junto con algún ex maltratador que actúe como modelo, tienen como objetivo neutralizar los mecanismos habituales de negación, minimización y atribución causal externa de las conductas violentas. Se trata asimismo de generar conciencia del problema y de ayudar a asumir la responsabilidad del mismo, así como de hacer ver que el cambio es posible y de desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para abordar las dificultades cotidianas. Expresar la necesidad del cambio— asumida como decisión propia y no como resultado de las presiones externas— e interrumpir la cadena de la violencia son los objetivos fundamentales de estos grupos terapéuticos (Corsi, 1995) y el requisito imprescindible para abordar otras metas de mayor alcance.

Por otra parte, la integración de este programa en un contexto institucional de asistencia a la violencia familiar presenta varias ventajas: a) la atención conjunta a las necesidades de los diversos componentes de la familia; b) la asistencia jurídica, económica y de vivienda necesaria frecuentemente en estos casos; y c) la posibilidad de observación a través de un espejo de visión unidireccional de las entrevistas iniciales con las víctimas de la violencia doméstica, con el objetivo de interiorizar el alcance del comportamiento violento y de generar una mayor motivación para el cambio de conducta.

En cualquier caso, la violencia doméstica es un problema complejo con implicaciones legales, sociales y psicológicas. La solución depende, probablemente, de la combinación de todos estos factores. Por ello, los esfuerzos futuros deben dirigirse a

mejorar las intervenciones legales y clínicas para proteger a la mujer y facilitar unas relaciones más saludables.

Referencias bibliográficas

- CAÑO, X. (1995). *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*. Madrid: Temas de Hoy.
- CORSI, J. (Ed.) (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- CORSI, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- DUTTON, D.G. y GOLANT, S.K. (1997). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- ECHEBURÚA, E. (1994). Trastornos de personalidad: concepto y evaluación. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- ECHEBURÚA, E. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
- ECHEBURÚA, E. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1998). Hombres maltratadores: aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- ECHEBURÚA, E. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1999). La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 5-25.
- EDLESON, J.L. y TOLMAN, R.M. (1992). *Interventions for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- 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.
- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de la violencia en el hogar: un caso clínico de un maltratador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 581-614.
- GONDOLF, E.W. (1997). Batterer programs. What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- HARRIS, J. (1986). Counseling violent couples using Walker's model. *Psychotherapy*, 23, 613-621.
- HOLTZWORTH-MUNROE, A., BATES, L., SMUTZLER, N. y SANDIN, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 65-99.
- JÁUREGUI, J.A. (1990). *El ordenador cerebral*. Barcelona: Labor.

- MADINA, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades violentas*. Madrid.
- MAIURO, R.D. y AVERY, D.H. (1996). Psychopharmacological treatment of aggressive behavior: implications for domestically violent men. *Violence and Victims, 11*, 239-261.
- ROJAS MARCOS, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid. Espasa-Calpe.
- RONSENFELD, B.D. (1992). Court-ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review, 12*, 205-226.
- SALABERRÍA, K., FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. (1995). Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad: ¿un camino discontinuo?. *Boletín de Psicología, 48*, 67-81.
- 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.
- SHEPHARD, M.F. (1992). Predicting batterer recidivism five years after community intervention. *Journal of Family Violence, 7*, 167-178.
- TORRES, P. y ESPADA, F.J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid. Aguilar.

RESUMEN

En este trabajo se analizan los mecanismos psicológicos implicados en la violencia familiar. Se lleva a cabo una descripción de las características demográficas y psicopatológicas de los maltratadores domésticos, así como de las principales distorsiones cognitivas que presentan. Desde una perspectiva terapéutica, se presentan los resultados obtenidos por los autores de este texto en el tratamiento cognitivo-conductual de los maltratadores domésticos.

PALABRAS CLAVE

Violencia familiar. Maltratadores domésticos. Psicopatología. Tratamiento psicológico.

ABSTRACT

In this paper psychological issues involved in family violence are analyzed. Demographic and psychopathological characteristics of male batterers, together with the most important irrational beliefs they bear in mind, are presented. Finally, results of a cognitive-behavioral therapeutic programme are commented upon.

KEY-WORDS

Family violence. Male batterers. Psychopathology. Psychological treatment.