



Director: Per Stangeland
Coordinadora: M^a José Garrido de los Santos
Publicado por la Sección de Málaga del IAIC
Facultad de Derecho, Universidad de Málaga
Campus de Teatinos, 29071 MALAGA
Tel: (95) 213 23 25 - Fax: (95) 213 22 42
Depósito legal: MA 857/1996 ISSN: 1137-2427
Internet: <http://emn.derecho.uma.es/crimi>

En el Boletín Criminológico nº 37 se presentó un resumen de parte de la tesis doctoral de Anabel Cerezo titulada «La relación entre malos tratos domésticos y homicidios entre parejas. Tratamiento criminológico». En el presente boletín se muestran programas de intervención para mujeres maltratadas y hombres violentos en el hogar. Se trata de un resumen del libro recientemente publicado por Enrique Echeburúa y Paz de Corral, que lleva por título **Manual de violencia familiar**, y que tiene como objetivo ser un texto práctico al servicio de los profesionales (psicólogos clínicos, trabajadores sociales, etc.) que están en contacto directo con la violencia familiar. Éste no es un libro más sobre los problemas de la convivencia en el hogar, de los que se ocupan, desde diferentes perspectivas, diversos textos aparecidos en los últimos años. Por el contrario, se presenta por vez primera un manual práctico de evaluación y tratamiento de la violencia familiar, con dos partes diferenciadas: la primera, referida a las mujeres víctimas de maltrato; la segunda, a los hombres maltratadores.

Programas de intervención para la violencia familiar

Tratamiento de las víctimas

Los **objetivos terapéuticos** con las víctimas de maltrato se han centrado en el tratamiento de la culpabilidad y del déficit de autoestima, en la mejora de la relación social, en la expresión adecuada de la ira y en la terapia de los síntomas específicos presentados. Se trata, en último término, de enseñar a las víctimas habilidades que les permitan el establecimiento de una nueva vida, enfocada a la autonomía personal y a la recuperación del control.

Las **técnicas** más frecuentemente utilizadas, enmarcadas en un enfoque cognitivo-conductual, han sido la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas y la inoculación de estrés, orientadas todas ellas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas y a facilitar la adopción de respuestas más adaptativas a la experiencia de maltrato.

Los programas de tratamiento se han aplicado habitualmente en grupo, dirigidos por terapeutas mujeres, con sesiones semanales y con una duración total de 10 a 12 semanas.

Sin embargo, los estudios existentes hasta la fecha en relación con la

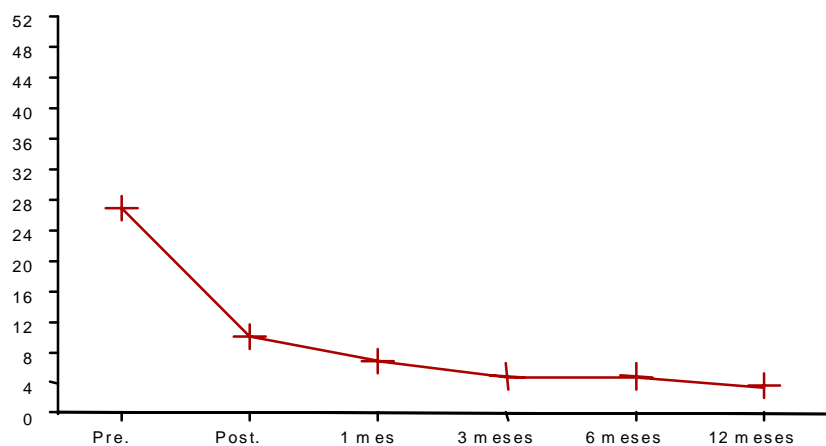
eficacia de los tratamientos psicológicos en la violencia familiar presentan problemas metodológicos importantes que impiden obtener conclusiones definitivas: a) no describen con detalle las técnicas utilizadas; b) carecen de instrumentos de evaluación suficientemente fiables y válidos; y c) no presentan la evolución de los resultados a lo largo del tiempo. Por otra parte, los estudios se han centrado fundamentalmente en víctimas internadas en casas de acogida, que no

representan sino una pequeña parte de las víctimas de maltrato, o en actuaciones referidas a situaciones de crisis.

En la investigación de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996) se ha puesto a prueba por primera vez un programa terapéutico cognitivo-conductual -la expresión emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento-, aplicado individualmente, para el tratamiento del trastor-

Autores:

Enrique Echeburúa
Paz del Corral



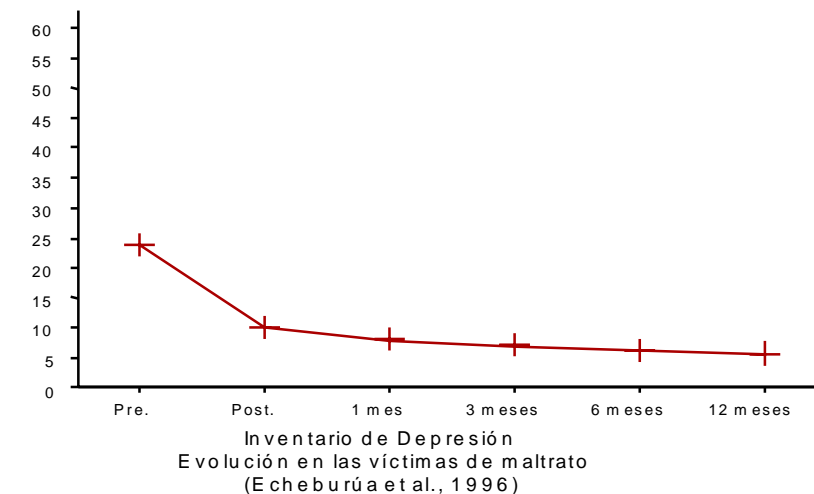
Escala de Estrés Postraumático
Evolución en víctimas de maltrato
(Echeburúa et al., 1996)

no de estrés postraumático crónico en 62 víctimas ambulatorias (no residentes en casas de acogida) de maltrato doméstico.

La **expresión emocional**, que tiene como objetivo proporcionar comprensión y apoyo a la víctima, consiste en alentarla a que cuente lo ocurrido y refiera todo lo que ha pensado y sentido. Se trata de facilitarle el desahogo emocional de la irritabilidad y de las humillaciones sufridas.

La **reevaluación cognitiva** está enfocada a tres puntos fundamentales. En primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una experiencia de maltrato y a la comprensión del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. La consecución de este objetivo se ve facilitada por la entrega de un folleto explicativo, a modo de manual de autoayuda, sobre el impacto psicológico de la violencia familiar (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1991). En segundo lugar, a la discusión racional para eliminar los sesgos cognitivos, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad, y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima. Y en tercer lugar, a resituar el acontecimiento traumático en los justos términos, a analizar con realismo las distintas facetas de la convivencia conyugal y de la situación de los hijos, y a prestar un apoyo a las víctimas para continuar adelante con sus vidas.

Se trata con todo ello de ayudar a las víctimas a proyectarse hacia el futuro sin ser esclavas del pasado, con un énfasis en los aspectos positivos



existentes: posibilidades realistas de rehacer la vida, de conseguir un trabajo o de comprometerse en tareas de voluntariado, implicación en actividades nuevas y reforzantes, etc. Todo ello tiene como objetivo, en último término, mejorar la autoestima de las víctimas.

El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento implica, en primer lugar, la adopción, en los casos de peligro para la víctima, de medidas urgentes, como la denuncia, el abandono del domicilio conyugal y la búsqueda de una solución alternativa (por ejemplo, un piso de acogida). En segundo lugar, el entrenamiento en relajación muscular progresiva y en respiraciones profundas. En tercer lugar, la enseñanza de habilidades de solución de problemas y de técnicas de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador. En cuarto lugar, la ayuda a la recuperación gradual de actividades gratificantes, así como la facilitación de redes de apo-

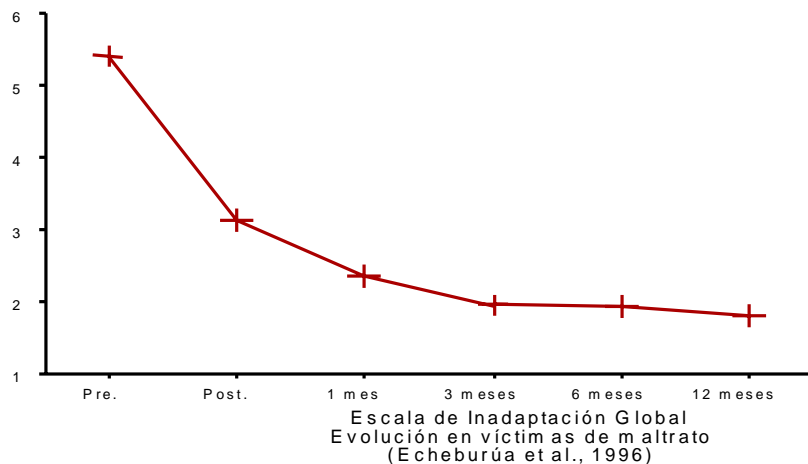
yo social y el fomento de conductas de independencia y de autonomía. Y en quinto lugar, en los casos necesarios, el afrontamiento de las conductas evitadas, por medio de las técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas, por medio de las técnicas de distracción cognitiva.

Si el objetivo terapéutico es la separación, se ofrece a la víctima asesoramiento jurídico en relación con la situación económica y la custodia de los niños y se la prepara para comunicar a los hijos la decisión adoptada y las nuevas circunstancias creadas, así como paocompartir emocionalmente los hechos vividos con personas de su entorno y, de este modo, encontrar un apoyo social adicional.

Si el objetivo terapéutico es la mejora de la convivencia de la pareja habitualmente en los casos de maltrato menos cronificados-, se enseñan a los dos miembros de la pareja habilidades de comunicación y de solución de problemas, así como técnicas específicas, en los casos necesarios, para mejorar la relación sexual y tratar las posibles disfunciones existentes.

En cuanto a la **evaluación** de la intervención terapéutica descrita, cabe señalar que no ha habido abandonos ni rechazos del tratamiento. Contar con un cierto grado de apoyo social y mostrar motivación para el cambio constituyen unos buenos predictores de terminación de la terapia y de éxito terapéutico.

Los **resultados** obtenidos han sido muy satisfactorios: en un 95% de la muestra se produce una remisión del trastorno de estrés postraumático,



que se mantiene en los distintos controles de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses).

Respecto al resto de las variables psicopatológicas evaluadas (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), la evolución es muy similar. En conjunto, los logros terapéuticos tienden a consolidarse con el transcurso del tiempo en todas las dimensiones evaluadas.

Un dato de interés es que 24 víctimas -es decir, el 69% de la muestra tratada- acaban por separarse de sus parejas durante o inmediatamente después del tratamiento. No obstante, hay un 31% de pacientes que mantienen la relación conyugal después de la intervención. En estos casos es necesario reforzar el tratamiento realizado, en una fase posterior, con una intervención sobre el maltratador e incluso con una terapia de pareja o de familia.

Tratamiento de los hombres violentos en el hogar

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% de las víctimas tratadas y el 50% del total- que continúan conviviendo con sus parejas (Echeburúa *et al.*, 1996). 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 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 se castiga como delito o falta en el nuevo Código Penal y suele ser

penado con multas, arresto de fin de semana o, menos frecuentemente, con prisión. 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. 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.

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.

Resulta prioritario evaluar en estas primeras fases del tratamiento el grado de peligrosidad actual del paciente y el nivel de motivación para el cambio.

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

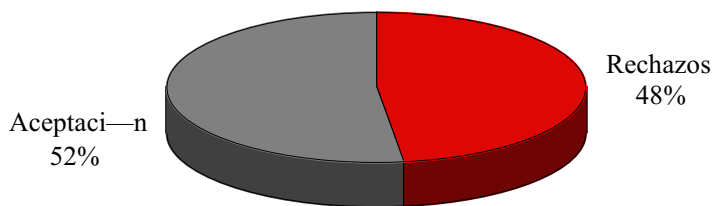
con maltratadores han tenido como **objetivo**, habitualmente en un marco grupal de 10 a 15 sesiones con 1 o 2 terapeutas varones, enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar los hábitos de bebida, reevaluar los sesgos cognitivos, diseñar estrategias de solución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

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 este estudio se ha obtenido, al terminar el tratamiento, una **tasa de éxitos** del 81% de los casos tratados, que se ha reducido al 69% en el seguimiento de los 3 meses. No deja de ser significativo que la **tasa de rechazos y de abandonos prematuros** de la terapia afecte a casi el 50% de los sujetos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

La heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas. Quizá convenga en un futuro depurar los protocolos de tratamiento en función de las diversas variables 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

Tasa de rechazos al tratamiento de los hombres violentos en el hogar



de los maltratadores que del tipo de intervención recibida. 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.

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.

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. 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. De este modo, 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 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 por parte del observador 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.

Las conductas habituales de maltrato se desarrollan y mantienen por razo-

nes muy variadas. Por ello, las técnicas concretas de tratamiento propuestas en este programa de intervención no pueden ser homogéneas. Quiere decirse que en determinados pacientes es necesario resaltar, por ejemplo, como objetivo terapéutico la eliminación de los estereotipos machistas o el control de la conducta de celos y pueden pasarse por alto las técnicas encaminadas al abuso del alcohol, que pueden no resultar necesarias. En otros casos, sin embargo, resulta imprescindible establecer un programa adecuado de bebida controlada -o derivar al paciente a un centro específico de tratamiento del alcoholismo- y no es preciso atender a otros aspectos, como la educación para la sexualidad dentro de la pareja o la mejora de la autoestima..

Bibliografía

- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1991). *Malos tratos y agresiones sexuales. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria. Servicio de Publicaciones del Instituto Vasco de la Mujer.
- 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 Corral, P. (1998): *Manual de violencia familiar*. Madrid, Siglo XXI.