

TEORÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. PROGRAMA TERAPÉUTICO PARA MALTRATADORES DEL ÁMBITO FAMILIAR EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE PAMPLONA

THEORY AND DESCRIPTION OF DOMESTIC VIOLENCE: A THERAPEUTIC PROGRAM FOR DOMESTIC ABUSERS IN PAMPLONA'S PRISON

José Antonio Echauri Tijeras¹

Juan Romero Rodríguez²

María José Rodríguez de Armenta³

Fecha de Recepción: 28-12-2005

Fecha de Aceptación: 03-02-2006

RESUMEN

La violencia de género es un fenómeno en aumento en los últimos años que afecta a todos los países desarrollados. Las mujeres son las víctimas más afectadas con cerca del 92%.

En Navarra, y desde el año 2001, se está trabajando desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito en un Programa Terapéutico General con Violencia de Género. Dicho programa está dividido en varios apartados: Intervenciones de urgencia; Valoración de urgencia de la peligrosidad de los agresores familiares; Programa terapéutico con víctimas de violencia de género; y programa terapéutico con maltratadores del ámbito familiar.

Dentro de la Comunidad Foral de Navarra se puso en marcha, en enero de 2005, un programa terapéutico para agresores familiares, dirigido desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito y coordinado desde el Negociado de Apoyo a la Reinserción Social, organismos ambos pertenecientes al Servicio Social de Justicia del Gobierno de Navarra. En marzo de 2005 se estableció un convenio entre el Gobierno de Navarra e Instituciones Penitenciarias para poder desarrollar este programa de maltratadores con reclusos condenados por delitos de violencia familiar dentro de la prisión de Pamplona.

Los sujetos que están en prisión acceden al programa terapéutico a través de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario, siempre de forma voluntaria. Existen dos tipos de sujetos

¹ Psicólogo de EPASIC. Instituto Navarro de Psicología Jurídica.

² Psicólogo del Centro Penitenciario de Pamplona.

³ Psicóloga Jefa de la Oficina de Atención a Víctimas del Delito de Navarra.

que participan en el programa terapéutico: los que están en prisión preventiva a espera de ser juzgados y los que ya están condenados por sentencia judicial.

El primer periodo del programa terapéutico consiste en una fase de evaluación en el que existen unos criterios de exclusión. Si el sujeto supera esta primera fase, comienza una segunda fase de terapia individual. Finalizada esta fase comienza una última fase de terapia grupal. Una vez finalizado el proceso terapéutico, se inicia un periodo de seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses.

Los objetivos generales del programa de tratamiento para maltratadores son: garantizar la seguridad de la mujer maltratada; prevenir situaciones de maltrato posteriores; asumir la responsabilidad de los actos del agresor; no culpar de los errores propios a males externos; fomentar el sentimiento de autocontrol; desarrollo de habilidades de comunicación y de la conducta asertiva; y tomar conciencia de la relación entre la violencia hacia las mujeres y la educación recibida.

PALABRAS CLAVE: *Violencia de género; Maltratadores; Prisión; Programa penitenciario para maltratadores; Oficina de Atención a Víctimas del Delito; Terapia individual; Terapia grupal; Seguimiento; Responsabilidad; Autocontrol.*

ABSTRACT

Gender violence is increasingly affecting developed countries. Women are the most frequent victims, accounting for 92% of all cases.

The Office for the Assistance of Victims of Crimes in Navarre has developed a program to help gender violence victims, starting in 2001. The program covers a number of activities: emergency interventions, a quick assessment of domestic abusers dangerousness, a therapeutic program for victims of gender violence, and a therapeutic program for domestic abusers.

In January 2005, a therapeutic program for domestic abusers was implemented in Navarre Community. The program was run from the Office for the Assistance to Victims of Crimes and coordinated by the Department for Social Insertion Support, both belonging to the Navarre Government's Social Service for Justice. In March 2005 an agreement was set between the Navarre Government and the Penitentiary Department within the Ministry of Justice. The agreement aimed at developing the above mentioned program with prisoners serving sentences for domestic abuse.

Prisoners enter the therapeutic program through the prison's Treatment Board on a voluntary basis. There are two types of participants in the program: individuals under preventive imprisonment and those already sentenced.

The first stage of the therapeutic program focuses on assessment –people who do not meet some requirements are excluded. If an individual pass this stage he or she enter the next stage –an individual therapy. Once this phase is overcome, there is a last stage –group therapy. Once the treatment is finished, there is a follow-up period following 1, 3, 6 and 12 months.

The program for abusers pursues a number of goals: ensuring the security of the women abused, the prevention of subsequent abusing events, taking responsibility for the abuser's behaviour, reinforcing self-control feeling, developing communication and assertive abilities, and gaining awareness of the link between violence toward women and upbringing.

KEY WORDS: *Gender Violence, Offenders, Prison, Penitentiary Program for Offenders, Office for Assistance of Crime Victims, Individual Therapy, Group Therapy, Follow-up, Responsibility, Self-control.*

1.- PARTE TEÓRICA

1.1. Introducción

La violencia de género es un fenómeno en aumento en los últimos años que afecta a todos los países desarrollados. Las mujeres son las más afectadas 92,5% y los hombres no superan el 7,5%. No es exagerado decir que este problema está adquiriendo un rango de fenómeno epidémico debido al rápido crecimiento que está experimentando, mayor incluso que los accidentes de coche o delitos como agresiones sexuales o robos.

Empieza a ser un problema social y de salud muy importante por la trascendencia cuantitativa y cualitativa. Las estadísticas sobre la violencia familiar en los últimos años son una clara muestra de la importancia que tiene este problema en nuestra sociedad. El número de denuncias por malos tratos en España es el siguiente (Observatorio contra la Violencia Doméstica e Instituto de la Mujer):

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
17.488	19535	21.600	22.397	24.158	43.313	50.088	57.527	45.778*

* (hasta septiembre de 2005).

La violencia en el hogar ha experimentado en las últimas décadas un gran desarrollo. Aún no está claro a qué puede ser debido: quizás a un aumento de la violencia en la sociedad, quizás a una mayor denuncia y externalización del problema, o tal vez a una mezcla de

ambas cosas. El Crecimiento es claramente significativo, y las explicaciones no son siempre contundentes:

– ¿Hay mayor sensibilidad social al problema?

– ¿Hay mayores medios policiales y de carácter social?

– ¿Se denuncia en fases más iniciales?

– ¿Hay mayor publicidad por los medios de comunicación?

– ¿Hay más delitos?

En España, según los últimos informes del Ministerio de Asuntos Sociales, hay unas 640.000 mujeres víctimas del maltrato habitual (el 4% de la población femenina adulta), aunque son más de 2,5 millones (el 16,5%) las que confiesan haber sido víctimas de maltrato en algún momento de su vida. Según la Asociación Médica Americana, el 25% de las mujeres es víctima del maltrato doméstico al

menos una vez en la vida (Echeburúa y Corral, 1998).

La violencia machista en su forma más grave provoca la muerte y según el observatorio contra la violencia doméstica el número de mujeres asesinadas son:

2000	2001	2002	2003	2004	2005
63	52	53	71	74	58*

* (hasta 30 de noviembre)

Estas cifras no son compartidas de forma unánime; de hecho la Fundación de Mujeres Maltratadas argumenta que en 2004 el número de muertes no fue de 74 sino de 94 (20 más), porque dice que no están unificados los criterios a la hora de contabilizar algunas muertes (hijas, suegras, etc.).

En todo caso, la relación del autor con la víctima es siempre de pareja o expareja; así en las 74 víctimas de 2004:

- 34 cónyuge
- 5 excónyuge
- 15 compañero sentimental
- 6 excompañero sentimental
- 7 novio
- 6 exnovio

El análisis de los datos indica que hay una tendencia mayor a provocar la muerte durante la convivencia.

De las 74 fallecidas en 2004, 10 habían denunciado y estaban sometidas a medidas de alejamiento, pero en 8 casos las mujeres facilitaron o aceptaron de alguna manera reunirse de nuevo con el agresor. Parece claro que albergar posibilidades de reconciliación aunque sea total o parcialmente debiera estar contraindicado.

Respecto a los datos comparativos con el resto de Europa, encontramos algunas cifras de los años 2000, citados por el Centro Reina Sofía:

	Nº Casos de muerte por millón de habitantes	Nº de Casos reales en el año 2000
Rumania	12,6 %	119
Finlandia	8,6 %	19
Noruega	6,5 %	12
Dinamarca	5,4 %	1
Luxemburgo	5,1 %	12
Suecia	4,5 %	17
Reino Unido	4,3 %	107
Alemania	3,5 %	128
España	2,9 %	43
Irlanda	2,0 %	3
Polonia	1,8 %	30
Holanda	1,8 %	12
Islandia	0,0 %	0

En España, el porcentaje de las distintas Comunidades Autónomas en el año 2004 son:

	N. de mujeres asesinadas por cada millón
C. Valenciana	8.98
Murcia	8.34
Cantabria	7.29
La Rioja	7.21
País Vasco	6.57
Andalucía	5.09
Cataluña	4.95
Aragón	4.93
Baleares	4.72
Canarias	4.70
Extremadura	3.75
Navarra	3.58
Castilla La Mancha	3.39
Madrid	2.49
Castilla León	1.61
Galicia	0.71
Asturias	0.00
Ceuta y Melilla	0.00

De las denuncias realizadas en España por malos tratos, el 79% de mujeres son españolas y el 21% son extranjeras (mayoritariamente de Latinoamérica). De las órdenes de protección solicitadas en 2004, el 21% han sido denegadas.

En España han sido condenados por malos tratos en el año 2004 un total de 8.533 hombres y la mitad de esas sentencias se emitieron en Murcia, Valencia, Alicante, Barcelona y Madrid.

Barcelona	1.124
Madrid	1.043
Valencia	763
Murcia	564
Alicante	490
Las Palmas	564

Las Audiencias que menos condenaron:

Guipúzcoa	10
Teruel	7
Segovia	5

De todos los maltratadores condenados pasaron por los Centros Penitenciarios unos 4.000, en prisión preventiva o cumpliendo condena.

1.2.- Definición y tipos de maltrato en la pareja

En la actualidad todavía sigue el debate sobre qué debe considerarse maltrato doméstico y, por tanto, a quién un maltratador (Ronsenfeld, 1992). Sin embargo, se han establecido algunas variables a tener en cuenta para la elaboración de la definición de dicho fenómeno (Burgess y Draper, 1989; Emery, 1989; Frieze y Browe, 1989; Hotaling, Straus y Lincoln, 1989; Steinmetz, 1989):

- La presencia de un acto físico y/o psicológico lesivo.
- La intención del agresor.
- El impacto percibido por la víctima.
- La desviación de la conducta de acuerdo con las normas aceptadas por la comunidad.
- Alguna combinación de estos factores.

Cuando hablamos de maltrato doméstico estamos haciendo referencia a agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo con reiteración por parte de un familiar (normalmente el hombre) y que causan daño físico y/o psicológico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente

la mujer) (Cantos, Neidig y O'Leary, 1994; Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1990).

Dentro de la violencia en la pareja se pueden distinguir tres formas principales de maltrato:

- **Maltrato físico** cuando se ejercen conductas de abuso físico como puñetazos, golpes, patadas, estrangulamientos, etc. Uno de los mayores momentos de riesgo físico para la mujer suelen ser las situaciones de separación, cuando el agresor se da cuenta de que la pérdida es algo inevitable.

- **Maltrato psicológico** cuando son frecuentes las desvalorizaciones (críticas, humillaciones), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia y/o de suicidio, de llevarse a los niños), conductas de restricción (control de amistades, limitación del dinero, control de las salidas de casa), conductas destructivas (objetos de valor, afectivos, maltrato de animales domésticos) y 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*, manifestada en forma de reproches, insultos y amenazas; *desvalorización*, desprecio de las opiniones, de las tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e *indiferencia*, falta total de atención a las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer.

- **Maltrato sexual** referido al establecimiento forzoso de relaciones eróticas, sin la más mínima contrapartida afectiva, o la imposición de conductas

percibidas como degradantes por la víctima (Corsi, 1995).

1.3. Violencia en el hogar

Con todos estos datos sobre la mesa es dramático observar que, en realidad, la familia es el foco de violencia más destacado de nuestra sociedad, a pesar de que, en principio, el hogar debiera ser un lugar de afecto, cariño y satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. Sin embargo, un terreno propicio para las situaciones violentas, repetidas y prolongadas son los lugares de cautiverio, y la familia, como institución cerrada, es un ámbito favorable para ello puesto que las víctimas tienen muchas dificultades para poder escapar del control de sus agresores. Estos pueden controlar a la víctima a través de la fuerza física, psicológica, la dependencia emocional o económica, el aislamiento social, etc.

El abuso de poder es una de las principales características de la conducta violenta en el hogar al ser un intento de control sobre la relación familiar. De aquí que los principales protagonistas del maltrato en el hogar sean las mujeres, los niños y los ancianos, al ser los sujetos más vulnerables dentro del hogar (Corsi, 1994).

Es importante tener en cuenta que las discusiones, los conflictos y las desavenencias en la pareja no son sinónimo de violencia. Un conflicto en sí mismo no es negativo, es algo común a cualquier relación humana. El problema es la forma utilizada para resolver dicho con-

flicto. El maltratador utiliza la violencia como recurso para zanjar de manera rápida y efectiva el problema, aunque en realidad es un parche, puesto que el conflicto se ha cerrado en falso.

No existen apenas estudios longitudinales que identifiquen qué factores se pueden considerar predictores de la aparición de conductas violentas en la relación de pareja. Los modelos etiológicos que han recibido un mayor apoyo empírico sugieren que un aumento gradual de la interacción coactiva (insultos, desvalorización, amenazas, aislamiento, etc.) tiene como consecuencia una agresión física a lo largo del tiempo (O'Leary, 1988; Peterson, 1982; Straus, 1983). En la mayor parte de los casos los episodios de malos tratos comienzan en los inicios del matrimonio, e incluso durante el noviazgo (Echeburúa Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996). En este sentido, la presencia de algún tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación es un claro predictor de futuros casos de maltrato físico (Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary, Malone y Tyree, 1994).

Cuando ha surgido un primer episodio de maltrato, y aunque existan muestras de arrepentimiento por parte del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios es mucho mayor. Una vez que se han roto las inhibiciones relacionadas con el respeto hacia la otra persona, la violencia como estrategia para controlar la conducta es cada vez más frecuente. Incluso el sufrimiento de la mujer se constituye en un estímulo discriminativo para la agresión.

Walker (1979) descubrió, después de

entrevistar a un gran número de parejas sobre sus relaciones, que suele darse un ciclo de violencia típico que cada pareja experimenta a su manera. Este ciclo consta de tres fases diferenciadas:

- **Primera fase:** Acumulación de tensión. Esta fase se caracteriza por cambios repentinos en el ánimo del agresor, quien comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos, provocación o simplemente molestia. Pequeños episodios de violencia verbal van escalando hasta alcanzar un estado de tensión máxima. Esta fase puede durar desde días hasta años. A menudo el ciclo no pasa de esta fase y se caracteriza por "una guerra de desgaste" con altibajos motivados por pequeñas treguas, pero sin pasar nunca a la violencia física.

- **Segunda fase:** Descarga de la violencia física. Es la más corta de las tres y consiste en la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas durante la primera fase. La violencia puede variar en intensidad y duración. El episodio cesa porque el hombre, una vez desahogada la tensión, se da cuenta de la gravedad de lo que ha hecho, porque la mujer necesita ser atendida o huye, o porque alguien interviene (vecinos, otro familiar, policía, etc.). Cuando ha pasado el ataque agudo, se suele dar un periodo inicial de shock (al menos las primeras veces), que incluye la negación, justificación o minimización de los hechos no sólo por parte del hombre, sino frecuentemente por parte de la mujer también.

- **Tercera fase:** Arrepentimiento. Se

distingue por la actitud de arrepentimiento del agresor, que se da cuenta de que ha ido demasiado lejos y trata de reparar el daño causado. Es ésta una fase bienvenida por ambas partes, pero, irónicamente, es el momento en el que la victimización se completa. El hombre pide perdón y promete no volver a ser violento. La mujer a menudo perdona porque quiere creer que nunca más ocurrirá un episodio parecido, aunque en el fondo teme que volverá a ocurrir (sobre todo cuando ya ha habido varios episodios en el pasado). Esta fase se va diluyendo gradualmente y la tensión se irá incrementando lentamente para volver a repetirse el ciclo nuevamente. En el ciclo de la violencia se dan tres características fundamentales. Primero, cuantas más veces se completa, menos tiempo necesita para completarse. Segundo, la intensidad y la severidad de la violencia van aumentando progresivamente en el tiempo. Lo que en un principio comenzó como un bofetón, puede acabar en lesiones graves e incluso la muerte. Tercero, esta última fase tiende a hacerse más corta y puede desaparecer con el tiempo. Se va creando un hábito en el uso de la violencia. Si se observan estas características, fácilmente se puede deducir que este ciclo tiende a no detenerse por sí mismo.

El maltrato, antes o después, produce a las víctimas síntomas agudos y/o crónicos que van desde el deterioro de la autoestima y sentimientos de culpa, hasta la depresión o estrés posttraumático, sin olvidar tendencias autolíticas de carácter suicida, abusos de medicamentos, alcohol, drogas para compensar el sentimiento de malestar físico y psíquico

del alto nivel de ansiedad y angustia, que provoca la convivencia con el malestar.

La violencia repetida e intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y sobresalto permanentes (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1990). Los problemas psicológicos que se están identificando como más prevalentes son los trastornos de estrés postraumático, la depresión y los trastornos de ansiedad (Douglas, 1987; Finkelhor y Yllö, 1985; Hounshamp y Foy, 1991; Sato y Heiby, 1991, 1992; Walker, 1991). Por otra parte, las líneas de investigación actuales no apoyan la creencia generalizada de que la violencia hacia una mujer perpetrada por su marido es menos traumatizante que la producida por un extraño, quizás, más al contrario, ya que de la pareja se espera, en principio, ternura, comprensión, amor etc. (Riggs, Kilpatrick y Resnick, 1992).

Una de las características principales del maltrato doméstico es la cronicidad. Por término medio las mujeres permanecen en una situación de violencia un periodo no inferior a 10 años antes de tomar algún tipo de medida. Esta tardanza en tomar una decisión se explica por razones económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás), familiares (protección de los hijos), y psicológicas (minimización del problema, vergüenza, miedo, indefensión, etc.) (Rojas Marcos, 1995).

Por último, aunque estamos haciendo en todo momento referencia a la mujer

como víctima y al hombre como agresor, y este es el esquema habitual en los casos de violencia familiar, no es insólito encontrar casos de mujeres maltratadoras y hombres maltratados. En estos casos, el maltrato de la mujer presenta dos características específicas:

- Su aparición es más en forma de humillaciones (abuso económico, indiferencia afectiva, etc) y de desvalorizaciones que de agresiones físicas, y aparece sobre todo en situaciones en las que el rol laboral o social del hombre es inferior al de la mujer, o ésta es mucho más joven que el hombre y plantea unos niveles altos de exigencia.

- Cuando se manifiesta en forma de agresiones físicas es frecuentemente como respuesta a malos tratos repetidos, casos extremos de defensa propia o situaciones de miedo insuperable en la que estalla la violencia como consecuencia de la ira reprimida durante largo tiempo (Torres y Espada, 1996).

1.4. Mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar

El maltrato contra la pareja es consecuencia de un estado emocional intenso (la ira), que interactúa con actitudes de hostilidad, un repertorio de conductas pobres (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 la percepción de vulnerabilidad de la víctima (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004).

Así, en la conducta violenta intervienen los siguientes componentes (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1988):

- **Una actitud de hostilidad.** Ésta puede ser el 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.

- **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 la ira no es algo insano. Es más, reprimirla sistemáticamente puede ser contraproducente porque puede dar origen a alteraciones psicosomáticas (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 herra-

menta adecuada para canalizar una insatisfacción y estuviese al servicio de una mejora en la relación con los demás.

Por el contrario, la ira insana surge de forma descontrolada, suele estar acompañada –aunque no siempre– de actitudes hostiles, genera conductas violentas, y contribuye a deteriorar la relación con los demás.

- **Unos factores precipitantes directos.** El consumo abusivo de alcohol y/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.

- **Un repertorio pobre de conductas 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.

- **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 ancianos y los niños sean las personas más vulnerables

y que el hogar –el refugio de protección por excelencia– pueda convertirse, paradójicamente, en un lugar de riesgo.

• **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 su 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.

1.5. Personalidad y trastornos psicopatológicos

Se tiene la creencia de que el maltratador padece algún desequilibrio grave o trastorno psicopatológico, y la realidad nos demuestra que no es cierto. 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 claro trastorno psicopatológico. No obstante, aunque pequeña, hay una relación entre violen-

cia familiar y enfermedades mentales. La 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. El caso más grave del maltratador sería el psicópata y lo estudiaremos en otro capítulo que aunque también realiza maltrato, sus actuaciones superan este entorno y entran en otros capítulos delictivos desgraciadamente más graves e impactantes.

Desde una perspectiva psicopatológica, son numerosos los estudios que señalan la presencia de alteraciones psiquiátricas en los hombres violentos. En concreto, el abuso de alcohol está presente en más del 50% de los maltratadores domésticos (Bland y Orn, 1986; Conner y Ackerley, 1994; Gelles, 1972; Kaufman y Straus, 1987; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y Corral, 1994; Van Hasselt, Morrison y Bellack, 1985; Walker, 1984). La agresión bajo la influencia directa del alcohol es muy variable y oscila entre el 60% y el 85% de los casos (Appleton, 1980; Roberts, 1988), si bien en otros estudios no ha rebasado el 25% de los sujetos estudiados (Bard y Zacker, 1974; Kaufman y Straus, 1987; Rounsaville, 1978). En cualquier caso, el abuso de alcohol no explica en su totalidad la presencia de conductas violentas en los maltratadores.

Por lo que se refiere al consumo de drogas, las tasas de incidencia en los

hombres violentos son menores y oscilan entre el 13% y el 35% de los sujetos estudiados (Bergman y Brismar, 1993; Fagan, Steward y Hansen, 1983; Roberts, 1988).

Los resultados de los que se disponen apuntan, por una parte, a que el maltrato es más grave cuando el maltratador está bajo los efectos de la droga o de la droga y el alcohol y, por otra, a que las sustancias que se consumen con mayor frecuencia entre los maltratadores son la marihuana, la cocaína, las anfetaminas y el "speed" (Roberts, 1988). Con todo esto, no se puede considerar el abuso de alcohol como causa necesaria o suficiente a la hora de explicar la presencia de conductas violentas en el maltratador.

Un aspecto clínicamente significativo es la presencia de celos patológicos. En este sentido, el 47% de las víctimas de malos tratos del estudio de Sarasua *et al.* (1994) relataban la presencia de celos patológicos en sus maridos, lo que está en consonancia con otros estudios anteriores (Faulk, 1974; Faulkner, Stoltemberg, Cogen, Nolder y Shooter, 1992; Howes, 1980; Saunders, 1992).

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 celos 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; Hamberger y Hasting, 1988; Rojas Marcos, 1995). Estos datos vienen a confirmar el estudio realizado por Hamberger y Hasting (1985, 1986) con una muestra de 105 en la que se detectó, salvo en 12 casos, algún tipo de trastorno de la personalidad.

En un estudio realizado recientemente por White y Gondolf (2000), se seleccionaron 100 maltratadores, procedentes de una muestra total de 840 hombres violentos en el hogar sometidos a tratamientos y pertenecientes a un estudio multicéntrico en cuatro ciudades norteamericanas distintas. El 82% de los sujetos llegaron al programa por vía judicial. A todos ellos se les aplicó el MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon).

El análisis de los perfiles sugiere la existencia de seis perfiles de personalidad diferenciados, dos de los cuales (paranoide y límite) (el 15% de la muestra) son graves y vienen acompañados frecuentemente de trastornos del eje I (depresión mayor por ejemplo) del DSM-IV; otros dos son de gravedad media (narcisista y antisocial) (el 29%); y, por último, otros dos son de gravedad baja (narcisista / adaptado y evitador / depresivo) (el 56% del total). Estos dos últimos, al ser leves, presentan alteraciones adaptativas, pero no encajan directamente con los criterios diagnósticos estrictos de un trastorno de personalidad.

Dentro del campo estrictamente de la enfermedad mental, los factores predictores de comportamientos violentos son los siguientes (Rojas Marcos, 1995):

- Historial previo de agresiones.
- Negación de la enfermedad y consiguiente rechazo del tratamiento.
- 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.
- Daños cerebrales.
- Consumo abusivo de alcohol y drogas.

Asimismo, cuando se ha comparado a los maltratadores con la población normal, se les ha encontrado más ansiosos y depresivos, fríos emocionalmente, dominantes y hostiles, con poco control de la expresión externa de la ira y de los impulsos en general (Bersani, Chen, Pendleton y Denton, 1992).

Una 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. 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% de todas las agresiones violentas en EE.UU. 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. En España en 1996, y según datos del Ministerio del Interior, 65 personas murieron a manos de sus parejas, de las cuales 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. Hoy en día, y como hemos referido en esta introducción, existen muchos más recursos para la atención y protección de la mujer agredida dentro de una intervención multidisciplinar. Sin embargo a veces es frustrante observar como el número de muertes de mujeres a manos de sus parejas lejos de disminuir sigue aumentando.

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 hombre suele reaccionar con violencia ante las infidelidades o crisis de convivencia.

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. En un estudio realizado por Fernández-Montalvo y Echeburúa en 1997, un 45% de los sujetos presentaban una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15–20% 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, debe plantearse algunos límites a esta explicación causal. ¿Cómo puede explicarse de este modo que la violencia se desate contra la esposa exclusivamente y sólo dentro de los límites del hogar? (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997).

Otro estereotipo del delito de la violencia doméstica, que tampoco es cierto, es el de que se da sólo en clases bajas, porque de hecho se produce en todas las clases sociales y, en alguna de las formas como los celos patológicos mencionados anteriormente, se aprecia con claridad en todos los ámbitos socioeconómicos. Pero dicho lo anterior, la muestra de maltratadores en prisión pertenece más a clases bajas donde se cultivan o potencian más los valores de fuerza física que intelectual, de valores

educativos machistas y de superioridad del hombre sobre la mujer e hijos. Por último, las deficiencias socioeconómicas facilitan el conflicto, la frustración, la supervivencia, la falta de valores, de normas de control y la falta de madurez y equilibrio personal, la falta de respeto a la convivencia familiar y el sentimiento de infelicidad-desgracia-frustración.

Respecto a las explicaciones biológicas, aunque parece haber relación entre bioquímica-hormonas sexuales y violencia del varón, no se puede detallar las causas y sus predicciones puntuales de conductas agresivas.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede establecer una combinación de características comunes que están asociadas de forma más o menos constante con el maltratador doméstico. Los hombres que en su infancia han sido testigos de experiencias de maltrato, que están en paro, que tienen rasgos de personalidad antisocial y que abusan de las drogas y/o del alcohol tienen una probabilidad mayor de ejercer maltrato contra sus mujeres que los hombres que no tienen estas características. Parece que existe cierta base empírica que apoya el estereotipo del maltratador en lo que se conoce como el *drunken bum* ("holgazán borracho"). La combinación de un estatus ocupacional bajo y el abuso de alcohol aumenta en 8 veces la probabilidad de aparición de conductas violentas frente a las situaciones en que el marido bebe poco y tiene estatus ocupacional alto (Coleman y Straus, 1983; Kaufman y Straus, 1987). Por otro lado, dado que la personalidad antisocial y la depresión mayor son entidades

diagnósticas que se encuentran con bastante frecuencia entre los alcohólicos, no es sorprendente encontrar una asociación de estos trastornos con el maltrato físico (Dinwiddie, 1992; Swanson *et al.*, 1990).

Con todo esto, podemos distinguir ciertas señales de alerta a la hora de poder discriminar sobre el perfil de un hombre potencialmente violento:

- Baja o nula tolerancia a la frustración (habitual también en consumidores de droga-alcohol).
- Carácter impulsivo y con muchas dificultades para el autocontrol.
- Puntuar alto en Rigidez, lo cual incrementa la dificultad de buscar soluciones y predispone la obcecación-obsesión.
- Puntuar alto en Paranoidismo sobre todo en los perfiles celomáticos. Piensan en la constante infidelidad de su mujer y por tanto la encierran, le impiden que hable con otras personas y no dejará de agredirle si lo considera necesario para el total control sobre ella; es Posesivo. Su nivel máximo será el crimen pasional.
- Dificultades en las conductas emocionales que correlaciona con la rigidez, el paranoidismo, el aislamiento social y emocional.
- Baja autoestima y para compensarse actúa con violencia sobre los demás a modo de autoafirmación.
- Consumo de alcohol-drogas, aun-

que no en todos los casos pero siempre puede ser un factor potenciador de la predisposición a la violencia o del agravamiento de las conductas violentas habituales. Muchos distorsionan su culpa porque dicen que no sabían lo que hacían.

- Inestabilidad emocional que provoca cambios de humor, falsos arrepentimientos o de corta duración e inseguridades que resolverá de nuevo con un ciclo de violencia.

2. PARTE PRÁCTICA

2.1. Introducción

En Navarra, y desde el año 2001, se está trabajando desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito en un Programa Terapéutico General con Violencia de Género. Dicho programa está dividido en varios apartados. Algunos de ellos son:

- *Intervenciones de Urgencia.* En el año 2001 se inició desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito un protocolo de asistencia psicológica inmediata a las víctimas de cualquier delito a través de la Coordinación Operativa de Protección Civil, 112 SOS Navarra. Dicha intervención persigue el desarrollo de una relación de confianza, mantener las expectativas de ayuda y beneficio, proporcionar oportunidad para la descarga y liberación emocional, proporcionar información nueva (cuando se disponga de ella), maximizando en todo momento las probabilidades de éxito de la víctima. De esta manera, los aspectos a tra-

bajar son: establecer una alianza terapéutica, vínculo emocional y compromiso recíproco que se pueda desarrollar entre la víctima y el terapeuta; proceso de resolución de problemas; intentar ayudar a la víctima a mantener o restablecer su nivel de funcionamiento óptimo dadas las limitaciones impuestas por las circunstancias vitales; informar a la víctima, una vez finalizada la intervención de ayuda, de todos los servicios incluidos en los Protocolos Interinstitucionales de Navarra y derivarla a la Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito cuando sea necesario.

Una vez finalizada la intervención se remitirá a la Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito un informe psicológico de la víctima asistida en un plazo máximo de 24 horas.

- *Valoración de urgencia de la peligrosidad de los agresores familiares.* Las peticiones que pueden surgir a la hora de hacer una valoración de peligrosidad se consideran que tienen carácter de urgencia, por la situación real en la que se producen: en un Juzgado de Guardia y/o de Instrucción, dictando una Orden de Protección o medidas cautelares urgentes. Es importante señalar y dar a conocer la enorme diferencia que existe entre la petición de un peritaje (aplicación de tests psicométricos y al menos dos entrevistas), y un Informe Psicológico de valoración inmediata de rasgos básicos de un agresor (menor fiabilidad y precisión).

Debemos tener claro que no hay pruebas psicométricas que valoren el grado de peligrosidad de los agresores.

Pero sí hay una serie de conductas que se presentan habitualmente que nos indican que aumenta la probabilidad de que un agresor pueda volver a cometer agresiones, sabiendo que normalmente las agresiones van aumentando en intensidad, con el riesgo que esto puede suponer para la víctima de ese agresor.

Los jueces son los que van a decidir qué medidas preventivas van a tomar con los agresores cuando las víctimas ponen una denuncia y ese agresor es detenido. En muchos casos estos jueces tienen dudas acerca del riesgo potencial que representa ese agresor. El protocolo de intervención urgente para valorar la peligrosidad de los agresores se realizará básicamente a través de una entrevista semiestructurada con el agresor, así como todos aquellos instrumentos psicométricos que se estime oportuno utilizar valorando la situación momentánea del sujeto, y así poder valorar si existe riesgo de que las agresiones se vuelvan a repetir, dejando claro que no se puede decir si va a cometer nuevas agresiones o no sino si el riesgo de que lo haga es mayor o menor.

El hecho de que se efectúe una valoración urgente del agresor por un psicólogo especializado en victimología, no garantiza que el resultado obtenido sea incuestionable, si bien, puede ser de gran utilidad porque refuerza el resto de apreciaciones e información existente e introduce un componente psicológico a la información respecto del agresor.

- *Programa terapéutico con Víctimas de Violencia de Género.* En el año 2002 se inició en Navarra un programa tera-

péutico piloto para la atención a las víctimas de la violencia de género dirigido desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito. La primera fase consistió en la puesta en marcha de terapias individuales y de grupo con mujeres que habían sido víctimas de maltrato por parte de sus parejas (evaluación, terapia y seguimiento) y que en la actualidad siguen en funcionamiento con unos excelentes resultados.

Las tres situaciones básicas con las que trabajamos son: víctimas con denuncia e inmersas en procesos judiciales; víctimas que han retirado la denuncia y conviven con el agresor; y víctimas que no han tomado la decisión de presentar denuncia y están en situación de riesgo.

- *Programa terapéutico con maltratadores del ámbito familiar.* Como segunda fase del programa piloto, y desde que así se solicitó por parte de Oficina de Atención a Víctimas del Delito, se propuso iniciar un programa con agresores familiares (evaluación, terapia y seguimiento). El desarrollo de dicho programa, y más en concreto el referido a prisión, viene explicado a continuación.

De este modo y dentro de la Comunidad Foral de Navarra se puso en marcha, en enero de 2005, el programa terapéutico para agresores familiares. EPASIC Instituto Navarro de Psicología Jurídica firmó en dicha fecha un contrato de servicios profesionales con la Oficina de Atención a Víctimas del Delito de Navarra para llevar a cabo este programa terapéutico dentro de todo el terri-

torio de la Comunidad de Navarra. Ya durante los años anteriores, dicho Instituto estaba llevando a cabo el Programa con Víctimas del Delito así como las Intervenciones de Urgencia a través del 112 – SOS Navarra y la Valoración de Peligrosidad de Urgencia. De este modo se está trabajando coordinada y paralelamente con los programas terapéuticos de víctimas (iniciado en 2002) y de maltratadores (iniciado en 2005). Estos programas están dirigidos desde la Oficina de Atención a Víctimas del Delito y coordinado desde el Negociado de Apoyo a la Reinserción Social (el programa de maltratadores), perteneciendo ambos organismos al Servicio Social de Justicia del Gobierno de Navarra. Así mismo se estableció un convenio entre el Gobierno de Navarra e Instituciones Penitenciarias para poder desarrollar este programa de maltratadores con reclusos condenados por delitos de violencia familiar dentro de la prisión de Pamplona.

Las terapias psicológicas con maltratadores domésticos deben ser aplicadas en todos los casos aunque existe un porcentaje de fracasos en todos aquellos que de antemano no se consideran maltratadores y por tanto no se someten a ninguna intervención. No basta con describir y denunciar un problema, hay que resolverlo, además de muchas y variadas medidas, nosotros desde la prisión debemos tratar al maltratador porque es nuestra responsabilidad, la prevención de los policías y la justicia. De la víctima existen otras Instituciones, pero del autor del delito es nuestro ámbito.

Quiero llamar la atención y resaltar

que en este tipo de delito la privación de libertad y el encarcelamiento está bien indicado y es beneficioso no sólo para proteger a la víctima y sus familiares sino también para el autor. La cárcel funciona como una medida contundente y disuasoria que saca al autor de un ambiente donde él era el jefe-patrón-contradador y deja de ser inmune a su violencia. De pronto tiene que explicar a otros que está pasando y su inmunidad ha desaparecido y sus víctimas dejan de estar indefensas comenzando a perder el miedo.

Sin duda la privación de libertad es beneficiosa para todas las partes, la víctima se siente más segura y podrá recibir ayudas y el maltratador puede y debe iniciar una terapia.

En las cárceles españolas hemos iniciado programas de maltrato dirigido al autor de los delitos de género en distintas zonas geográficas, para que el que quiera asistir tenga la posibilidad de hacerlo.

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 esta conducta para la víctima (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Madina, 1994).

A 01 de diciembre de 2005, los sujetos que han pasado por el programa de maltratadores dentro del Centro Penitenciario de Pamplona han sido:

- Sujetos atendidos: 25.
- Actualmente:
 - Sujetos en lista de espera: 0.
 - Evaluación: 1.
 - Terapia individual: 9.
 - Terapia de grupo: 4.
 - Seguimiento: 1.
 - Excluidos por Trastorno Mental: 3.
 - Abandonos: 7

La media de sesiones en terapia individual ha sido de 15 y la media de sesiones en terapia grupal ha sido de 20.

2.2. Objetivos del programa terapéutico

Los objetivos generales del programa de tratamiento para agresores, tanto a nivel individual y grupal, son los siguientes:

- A) Garantizar la seguridad de la mujer maltratada.
- B) Prevenir situaciones de maltrato posteriores.
- C) Impedir la extensión del maltrato.

D) Asumir la responsabilidad de sus actos. No culpar de los errores propios a males externos.

E) Fomentar el sentimiento de auto-control.

F) Desarrollo de habilidades de comunicación y de la conducta asertiva.

G) Tomar conciencia de la relación entre la violencia hacia las mujeres y la educación recibida.

2.3. Procedimiento

Desde una perspectiva general, el programa de maltratadores en el Centro Penitenciario de Pamplona está estructurado de la siguiente manera:

Los sujetos acceden al programa a través de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario. Ésta hace una primera selección de los sujetos que están en prisión por el delito de violencia doméstica. Se les informa de la existencia del programa y se les invita a participar, siempre de forma voluntaria.

Si el sujeto accede a participar en el programa se le pone en contacto con los psicólogos del Instituto Navarro de Psicología Jurídica que participan en el programa penitenciario. Existen dos tipos de sujetos que participan en el programa terapéutico: los que están en prisión preventiva a espera de ser juzgados y los que ya están condenados por sentencia judicial.

El primer periodo del programa tera-

péutico consiste en una fase de evaluación en el que existen unos criterios de exclusión, si bien estos son un poco más laxos que en el programa que existe a nivel ambulatorio dadas las características de los sujetos y del entorno en el que están. Si el sujeto supera esta primera fase, comienza una segunda fase de terapia individual (ver punto 2.5.1). Una vez realizada esta fase comienza una última de terapia grupal (ver punto 2.5.2).

Una vez finalizado el proceso terapéutico, se inicia un periodo de seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses (ver punto 2.5.3).

2.4. Evaluación

Para la evaluación del agresor se utiliza entrevistas estructuradas, cuestionarios heteroaplicados y autoaplicados, que ayudan a tener una evaluación individualizada de las conductas del maltrato y así poder planificar lo más adecuadamente el tratamiento.

También se recogen otros datos significativos del agresor como condiciones laborales, posibles problemas de maltrato en relaciones anteriores, situación de pareja y familiar actual, estado de salud, antecedentes penales y relaciones sociales.

Así mismo se pueden detectar variables psicopatológicas que estén relacionadas habitualmente con la violencia familiar y datos importantes sobre la frecuencia y duración de los episodios de maltrato, así como la percepción que

tiene el agresor sobre la gravedad de los mismos y sobre sus repercusiones.

Con todo lo anteriormente mencionado, se está utilizando el siguiente protocolo de evaluación, tomando como base el protocolo descrito por Echaburía y Corral (1998):

- Entrevista General Estructurada de Maltratadores.
- Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato.
- Listado de Síntomas SCL-90-R.
- Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III).
- Inventario de manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI-2).
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer.
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia.

Existen unos criterios excluyentes a la hora de poder ingresar en los programas terapéuticos tanto individuales como colectivos. Estos son:

- Que el sujeto padezca una psicopatología asociada: trastorno esquizofrénico, etc. por la que ya esté ó deba estar en tratamiento.
- Que exista adicción al alcohol u otras drogas.
- Que los terapeutas que vayan a lle-

var la terapia hayan peritado a la víctima del agresor, dado que siempre hay un juicio oral y por tanto un contacto posible con ese agresor.

- Que no supere las pruebas de evaluación psicotécnica.

Si el sujeto padece una psicopatología grave se le deriva inmediatamente a su centro de Salud Mental para que pueda ser atendido por el equipo psiquiátrico correspondiente.

Si el sujeto ya está siendo atendido por un psicólogo o psiquiatra se le indica que debe seguir en el tratamiento ya iniciado al ser incompatible el estar en dos tratamientos simultáneos.

Si el sujeto tiene una grave adicción a las drogas o al alcohol se le indica que primero debe tratarse esta problemática y que debe realizar un tratamiento de desintoxicación antes de iniciar el tratamiento en nuestro programa.

En relación a los criterios de exclusión, hay que señalar que en la evaluación en el programa penitenciario estos criterios son más laxos que en el programa ambulatorio debido a las características de los sujetos y a la dureza del entorno. En primer lugar, no tienen otra posibilidad de poder acceder a un tratamiento psicológico continuado. En segundo lugar, muchos de ellos tienen alguna psicopatología asociada así como algún tipo de adicción a drogas o alcohol. Por todo ello, los umbrales de exclusión se han ampliado para poder dar cabida a la mayoría de ellos.

2.5. Tipos de terapia

2.5.1. Terapia individual

Las conductas habituales de maltrato se desarrollan y mantienen por razones muy variadas. Por ello las técnicas concretas de tratamiento no pueden ser homogéneas. Según los resultados de la evaluación y diagnóstico de cada sujeto en particular, resaltaremos unas técnicas u otras.

Las premisas con las que se debe contar a la hora de iniciar al programa de tratamiento son las siguientes:

- Voluntariedad por parte del interno para asistir al programa.
- Evitar el etiquetado o palabras de maltratador o delincuente de género y enfocarlo con nombres que recuerden la dificultad en controlar la violencia o el impulso y la dificultad para la relación de pareja.
- Hacer hincapié en que podrá mejorar en sus actitudes, autoestima y equilibrio emocional y sentimiento de felicidad para él y su familia.
- Será muy positiva en la evolución de su condena, de su equilibrio personal y de sus pronósticos.
- Constará de sesiones individuales y de grupo.
- El respeto a la intimidad y las sesiones serán siempre en tiempos y espacios adecuados para que el interno progrese en sus terapias.

- El terapeuta debe ser varón o una pareja de terapeutas. Una terapeuta sólo mujer puede dificultar el progreso y el desarrollo de las sesiones.

Dentro de las primeras fases del tratamiento, resulta de vital importancia evaluar el grado de peligrosidad del paciente, así como el nivel de motivación para el cambio. La tasa de rechazos y de abandonos prematuros de la terapia son casi de un 50% (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

El objetivo del tratamiento debe orientarse al control de la violencia, independientemente de si hay reconciliación en la pareja, y no puede limitarse a la detención de la agresión física con técnicas de control de la ira. Lo más difícil de controlar es el maltrato psicológico, que puede continuar aún después de haber cesado la violencia física.

El programa de intervención constará de sesiones de una hora de duración y con una periodicidad semanal. La duración mínima es de 15 sesiones. No obstante, es importante matizar que este número de sesiones es meramente orientativo a la hora de la planificación del proceso terapéutico. Siempre se tendrá en cuenta la idiosincrasia de cada sujeto de cara a su propio desarrollo terapéutico.

También se tendrá en cuenta, a la hora de la planificación terapéutica, los estudios referidos a la importancia de diferenciar entre sujetos en régimen ambulatorio y sujetos ingresados en centros penitenciarios (Echeburúa, et al., 2004). Dichos estudios nos muestran

que los procesos psicoterapéuticos con pacientes internados en centros penitenciarios tienden a ser más largos en el tiempo, debido a la especial dificultad con este tipo de sujetos, así como las especiales circunstancias del entorno. Estos estudios nos muestran también la importancia del trabajo en grupo frente a la terapia individual. No obstante, en el programa penitenciario, existen sujetos que por la gravedad de sus características, aunque estén en terapia individual, no pasarán a terapia grupal debido a la alta posibilidad de distorsionar el ambiente grupal, y seguirán un periodo más amplio de terapia individual.

Teniendo todo esto presente, y de una manera global, el proceso terapéutico se desarrolla siguiendo las pautas establecidas en el programa de cara a modificar los siguientes aspectos:

- Consumo de drogas y/o alcohol mediante programas específicos que ya existen, analíticas de control, programas de control de consumo, etc.
- Ansiedad-angustia-stress: Relajación iniciación de actividades saludables, deporte, etc. Técnicas específicas durante los procesos de ansiedad.
- Celos patológicos: Técnicas de seguridad en sí mismo, reestructuración cognitiva de la afectividad, etc.
- Ataques de agresividad compulsiva: Análisis de la violencia, entrenamiento en autocontrol. Eliminación de las ideas irracionales en relación con la mujer y con el uso de la violencia.

- Deficiencias afectivas y resolución de problemas, autoestima. Entrenamiento en habilidades sociales, solución de conflictos, reestructuración cognitiva, etc.

- Deficiencias en valores, relaciones sexuales, patrones educativos: Reeducación educativa, valores de igualdad, educación sexual en pareja, sexualidad femenina, etc.

Al final del proceso terapéutico se hace hincapié en todo lo aprendido a lo largo de las sesiones, para que sea consciente de su situación actual en comparación con la situación al inicio del tratamiento. Así como señalar las principales situaciones de alto riesgo para la recaída, insistiendo en las posibilidades de autocontrol y en la responsabilidad personal de cada sujeto en la recaída, así como en las estrategias de afrontamiento posible.

No obstante, antes de dar comienzo a las sesiones terapéuticas propiamente dichas, es de vital importancia realizar varias sesiones de encuadre terapéutico con el sujeto, explicarle bien cual es nuestra labor y nuestro cometido, ya que la realidad nos está mostrando que muchos acceden al programa con una gran desconfianza y suspicacia y con miedo a sentirse juzgados por el terapeuta ya que lo relacionan con algún estamento judicial. En un principio tienen muchas resistencias a hablar de su intimidad por miedo a que pueda llegar a oídos de terceras personas y pueda desfavorecerles en un proceso judicial.

En relación a esto, y bajo nuestra

experiencia, estamos percibiendo algunas diferencias en cuanto a los sujetos que acceden al programa. Los sujetos cuya situación es de prisión preventiva y están a la espera de ser juzgados muestran, sobre todo al comienzo, una gran resistencia a compartir su intimidad y hablar de sus comportamientos y relaciones de pareja, ya que expresan mucho temor a que lo que puedan decir pueda ser usado en su contra en el juicio que están esperando. Perciben en mayor medida los perjuicios que podrían ocasionarles el hablar, que los beneficios terapéuticos.

Sin embargo, los sujetos que ya están en prisión, ya han sido juzgados y tienen una sentencia firme, la apertura a compartir su intimidad, a la comunicación y a la actitud hacia el cambio es mucho mayor que en los internos preventivos. De alguna manera, no existe el temor a comunicar su realidad pues ya han sido juzgados, y desde aquí sólo perciben beneficios para ellos mismos.

25.2. *Terapia de grupo*

Las sesiones grupales 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 presiones externas– e interrumpir la cadena de la violencia, son los objetivos fundamentales de éstos grupos terapéuticos y el requisito imprescindible para abordar otras metas de mayor alcance.

Las sesiones grupales mantienen el mismo esquema y técnicas que las sesiones individuales y ayudan al desarrollo y afianzamiento de las primeras. Constarán por tanto de 15 sesiones de una hora y media de duración y se trabajarán los mismos aspectos que en las sesiones individuales aunque adaptados al formato grupal. El número de sujetos de cada grupo será de 6 a 8.

Los criterios que se van a utilizar a la hora de seleccionar el grupo terapéutico van a ser:

- Grado de peligrosidad actual del sujeto.
- Voluntariedad para acceder a la terapia y a la evaluación.
- Reconocimiento de que tiene un problema.
- Motivación para el cambio de las conductas.

Los mismos argumentos a los que nos hemos referido en los apartados de diagnóstico y terapia individual, en cuanto a la importancia de tener en cuenta la diferenciación entre sujetos en régimen ambulatorio y sujetos ingresados en centros penitenciarios, los ten-

dremos aquí, en la terapia grupal. Es muy probable que los sujetos internados en centros penitenciarios necesiten de un mayor número de sesiones grupales que los sujetos en régimen ambulatorio. No obstante, esto se irá viendo conforme vaya transcurriendo el proceso terapéutico, siempre respetando el ritmo individual de cada sujeto.

25.3. Seguimiento

A este apartado, muchas veces no se le da la importancia que debiera. En nuestra opinión es de vital importancia realizar un seguimiento exhaustivo y pomenorizado del proceso del sujeto una vez haya terminado el proceso terapéutico. Muchas de las recaídas y de los fracasos terapéuticos proceden de un déficit en el control del periodo de seguimiento. Es importante que el paciente se sienta apoyado en este periodo crítico, donde ya no va a tener una relación continuada con el psicólogo y va a tener que poner en práctica y por si solo todo el aprendizaje adquirido durante el proceso terapéutico.

El seguimiento se realiza una vez finalizado el tratamiento individual y/o grupal, y se extiende a lo largo de un año. Una vez finalizado éste, la persona recibirá el alta terapéutica.

Durante el periodo de seguimiento se realizarán 4 sesiones (a los 1, 3 , 6 y 12 meses). En estas sesiones se incide fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- Evaluación del proceso adquirido.

- Reforzamiento de los aprendizajes adquiridos.
- Modelamiento en el caso de existir problemas a la hora de poner en práctica las habilidades adquiridas.
- Evaluación de nuevos problemas que puedan presentarse para darles una solución a tiempo.

2.6. Conclusiones

En estos últimos años hemos iniciado programas como el mencionado fuera y dentro de las cárceles españolas, y aunque todavía no contamos con investigaciones suficientes que avalen su eficacia, sí podemos comentar algunos resultados e ideas a modo de conclusión:

- Es necesario y prioritario tratar a los maltratadores que ejercen violencia de género más allá de todas las intervenciones directas que sean necesarias con las víctimas.
- Con los sujetos con los que se ha trabajado en prisión se ha observado que, la evolución de la privación de libertad aunque positiva, por si sola no siempre es eficaz, porque se mezclan sentimientos de injusticia, miedo a ser encarcelado de nuevo, venganza, etc., que pueden resultar contraproducentes y producirse recaídas. En este sentido, la privación de libertad combinada con el tratamiento terapéutico parece ser, en la mayoría de los casos, la mejor opción así como la alternativa más beneficiosa para todas las partes implicadas en el conflicto.

- La mitad de los maltratadores no aceptan asistir a las sesiones terapéuticas cuando se les ofrece el programa. En este sentido, debemos mejorar aspectos de motivación para disminuir este importante porcentaje de rechazo de cara a hacer más sugerente la participación en los programas.

- De los sujetos que aceptan ser tratados, un pequeño porcentaje abandonan el programa pero el resultado de los que terminan el programa es positivo. En este sentido, el programa terapéutico propiamente dicho parece mostrar una eficacia positiva en cuanto a la reestructuración y rehabilitación de los maltratadores que han llegado a finalizar el programa.

- En el caso de que los sujetos que

están siendo atendidos en prisión, por cualquier causa, accedieran a la libertad y/o al tercer grado, existe la posibilidad de que puedan seguir el tratamiento en el exterior en cualquiera de sus tres fases (terapia individual, grupal o seguimiento), ya que dicho programa se está realizando simultáneamente en prisión y de forma ambulatoria en el exterior por el mismo equipo de psicólogos.

Para terminar este capítulo, me gustaría señalar que debemos poner todos los medios para evitar que los delitos de género se parezcan a los accidentes de circulación, que aunque conociendo las variables que los provocan, los accidentes y los muertos se siguen produciendo todos los días, creando al final un efecto de rutina, frialdad emocional y resignación.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.)*. Washington, D.C: APA.

Appleton, W. (1980). The battered woman syndrome. *Annals of Emergency Medicine*, 9, 84-91.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theories*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.

Bard, M. y Zacker, J. (1974). Assaultiveness and alcohol use in family disputes. *Criminology*, 12, 281-292.

Barrat, E.S. (1985). Impulsiveness subtraits: arousal and information procesing. En J.T. Spence y C.E. Itard (Eds.). *Motivation, Emotion and Personality*. North Holland: Elsevier.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment, an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.

Bergman, B. y Brsimar, B. (1993). Assaultants and victims: A comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 1-10.

Teoría y descripción de la violencia doméstica. Programa terapéutico para maltratadores...

- Bersani, C.A., Chen, H.T., Pendleton, B.F. y Denton, R. (1992). Personality traits of convicted male batterers. *Journal of Family Violence*, 7, 123-134.
- Bland, R. y Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 6, 129-137.
- Burgers, R.L. y Draper, P. (1989). The explanation of family violence: the role of biological, behavioural and cultural selection. En L. Ohlin y M. Tonry (Eds.). *Family Violence: Crime and Justice. A Review of Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Cantos, A.L., Neidig, P.H. y O'Leary, K.D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9, 113-124.
- Caño, X. (1995). *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*. Madrid: Temas de Hoy.
- Coleman, D. y Straus, M. (1983). Alcohol abuse and family violence. En E. Gottheil, A. Durlley, I. Skolada y H. Waxman (Eds.). *Alcohol, Drugs Abuse and Aggression*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Conner, K.R. y Ackerley, G.D. (1994). Alcohol-related battering: developing treatment strategies. *Journal of Family Violence*, 9, 143-155.
- Corsi, J. (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.
- Davis, (1980). Índice de Respuesta Interpersonal.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dinwiddie, S. (1992). Psychiatric disorders among wife batterers. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6), 411-416.
- Douglas, M.A. (1987). The battered woman syndrome. En D.J. Sokin (Ed.). *Domestic Violence on Trial: Therapeutic and Legal Dimensions of Family Violence*. New York: Springer.
- Dutton, D.G. y Golant, S.K. (1997). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria: Servicio de Publicaciones de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- 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. (1998). Hombres maltratadores: aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2003). Psychopathological Profile of Men Convicted of Gender Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (7), 798-812.

- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?. *Papeles del Psicólogo*, 57, 10-18.
- Emery, R.E. (1989). Family violence. *American Psychologist*, 44, 321-328.
- Fagan, J.A., Steward, D.K. y Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (Eds.). *The dark side of families: current family violence research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine, Science and the Law*, 14, 180-183.
- Faulkner, K., Stoltemberg, C.D., Cogen, R., Nolder, M. Y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, 7, 37-55.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- 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., Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2005). Aggressors Against Women in Prison and the Community: And Exploratory Study of a Differential Profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49 (2), 158-167.
- Finkelhor, D. y Yllö, K. (1985). *License to Rape: Sexual Abuse of Wives*. New York: Free Press.
- Frieze, I.H. y Browne, A. (1989). Violence in marriage. En L. Ohlin y M. Tonry (Eds.). *Family Violence: Crime and Justice. A Review of Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gelles, R.J. (1972). *The violent home*. Beverly Hills, CA: Sage.
- González de Rivera, J.L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: Técnicos Especialistas Asociados.
- Hamberger, L.K. y Hasting, J.E. (1985). Personality correlates of men who abuse their partners: some preliminary data. *Paper presented at the meeting of the Society of Personality Assessment*. Berkeley, California.
- Hamberger, L.K. y Hasting, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse partners: a cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.
- Hamberger, L.K. y Hasting, J.E. (1988). Characteristics of male spouse abuser consistent with personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 763-770.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandín, E. (1997). A brief review of the search on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 65-99.
- Hotaling, G.T., Straus, M.A. y Lincoln, A.J. (1989). Intrafamily violence and crime and violence outside the family. En L. Ohlin y M. Tonry (Eds.). *Family Violence: Crime and Justice. A Review of Research*. Chicago: University of Chicago Press.

- Houskamp, B.M. y Foy, D.W. (1991). The assessment of post-traumatic stress disorders in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6 (3), 367-375.
- Howes, K. (1980). Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marital and Family Therapy*, (april), 207-213.
- Instituto de la Mujer. *Muertes y denuncias por violencia en el hogar en el año 2004*. <http://www.mtas.es/mujer/MCIFRAS/PRINCIPAL.HTM>
- Jáuregui, J.A. (1990). *El ordenador cerebral*. Barcelona: Labor.
- Kaufman, G. y Straus, M.A. (1987). The «Drunken Bum» theory of wife beating. *Social Problems*, 34, 213-230.
- Klerman, G. (1986). Scientific and public policy perspectives on the NIMH-ECA program. En J. Barret y R. Rose (Eds.). *Mental disorders in the community*. New York: Guilford Press.
- Luengo, M.A., Carrillo de la Peña, M.T. y Otero, J.M. (1991). The components of impulsiveness: a comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 657-667.
- Madina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I. y Cano-Vindel, A. (2001). *Versión española del STAXI-2*. Madrid: Técnicos Especialistas Asociados.
- Murphy, C.M. y O'Leary, K.D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579-582.
- O'Leary, K.D. (1988). Physical aggression between spouses: a social learning perspective. En V.B. Van Hasselt, R.L. Morrison, A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Family Violence*. New York: Plenum Press.
- O'Leary, K.D.; Malone, J. y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: pre-relationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 594-602.
- Peterson, R. (1982). Social class social learning and wife abuse. *Social Service Review*, 54, 390-406.
- Riggs, D.S.; Kilpatrick, D.G. y Resnick H.D. (1992). Long-term psychological distress associated with marital rape and aggravated assault: a comparison to other crime victims. *Journal of Family Violence*, 7 (4), 283-296.
- Roberts, A.R. (1988). Substance abuse among men who batter their mates: the dangerous mix. *Journal of Family Psychiatry*, 137, 974-975.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K. (1981). Marital Violence: characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 63-71.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- Rosenfeld, B.D. (1992). Court-ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.

- Rounsaville, B.J. (1978). Theories in marital violence: evidence from a study of battered women. *Victimology: An International Journal*, 3, 11-31.
- Rouse, L.P. (1984). Models, self-esteem, and locus of control as factors contributing to spouse abuse. *Victimology: An International Journal*, 9(1), 130-141.
- Roy, M. (1977). A current survey of 150 cases. En M. Roy (Ed.). *Battered Women*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- 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.
- Sato, R.A. y Heiby, E.M. (1991). Depression and post-traumatic stress disorder in battered women: consequences of victimization. *The Behavior Therapist*, 14, 151-157.
- Sato, R.A. y Heiby, E.M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence*, 7(3), 229-243.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: three types derive from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.
- Spielberger, C.D. (1988). *Stait-trait anger expression inventory*. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Steinmetz, S.K. (1989). The violent family. En M. Lystad (Ed.). *Violence in the Home: Interdisciplinary Perspectives*. New York: Brunner/Mazel.
- Straus, M.A. (1983). Ordinary violence, child abuse and wife-beating: what do they have in common?. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (Eds.). *The dark Side of Families: Current Family Violence Research*. Beverly Hills: Sage.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K. y Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.
- Torres, P. y Espada, F.J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Van Hasselt, V.B., Morrison, R.L. y Bellack A.S. (1985). Alcohol use in wife abusers and their spouses. *Addictive Behaviors*, 10, 127-135.
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Walker, L.E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28(1), 21-29.
- White, R.J. y Gondolf, E.W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(5), 467-488.
- 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.