



## Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro

Enrique Echeburúa\*

Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

*Historia artículo:*

Recibido: 21/02/2013

Aceptado: 22/05/2013

*Palabras clave:*

Violencia contra la pareja  
Hombres maltratadores  
Adherencia al tratamiento  
Estrategias motivacionales para el cambio

### RESUMEN

En este artículo se abordan las dificultades existentes para ofrecer de forma efectiva programas de tratamiento para hombres violentos contra su pareja. Se analiza con detalle la efectividad de las intervenciones psicológicas disponibles para hombres maltratadores, tanto a nivel internacional como a nivel español. En todos los estudios revisados las tasas de abandono del tratamiento en este tipo de personas son muy altas. En diferentes estudios se han señalado múltiples causas psicológicas y sociales para explicar la pobre adherencia al tratamiento en los hombres maltratadores. Se describen los principales predictores del abandono del tratamiento. Por tanto, se han comenzado a desarrollar estrategias motivacionales con el fin de fortalecer el compromiso de los participantes con el cambio, basadas en la identificación de los objetivos terapéuticos y en el diseño de estrategias para alcanzarlos. Por último, se sugieren algunas vías para hacer frente con éxito a estas dificultades. Es necesario implementar estrategias orientadas específicamente a mejorar la motivación para el cambio. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y la investigación futura.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

### Adherence to treatment in male batterers against their intimate partners in a community setting: State of the art and future challenges

#### ABSTRACT

This paper addresses the difficulties inherent in providing mental health treatment for men who commit acts of violence against their intimate partners. The effectiveness of available treatment programs for men who batter, both in the international literature and in Spain, is analyzed. In all studies the dropout rates in the treatment of men involved in intimate partner violence are very high. Different studies have pointed to multiple psychological and social causes to explain the poor adherence to treatment in men who batter. The main predictors of poor adherence to therapy are described. Therefore, motivational enhancement strategies are being developed to strengthen subjects' commitment to change by helping them to identify their goals for recovery and to determine ways to reach these goals. Finally, some suggestions are discussed about how to successfully deal with these issues. It is necessary to implement strategies to improve motivation for treatment. Implications of this study for clinical practice, policy decisions, and future research in this field are commented upon.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

*Keywords:*

Intimate partner violence  
Male batterers  
Adherence to treatment  
Motivational enhancement strategies

Muchos hombres violentos contra la pareja presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas o en el control de los celos. En estos casos un tratamiento psicológico puede ser de utilidad para hacer frente a los déficits de estas personas que, aun siendo responsables penalmente de sus actos, no cuentan, sin embargo, con las habilidades

necesarias para controlar las conductas violentas y resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana (Echeburúa, 2004).

Los tratamientos de hombres violentos contra la pareja se justifican socialmente por la oportunidad que hay que dar a los agresores para cambiar su conducta, por la necesidad de protección a las víctimas actuales, muchas de las cuales siguen conviviendo con el agresor, y por la evitación de la extensión de la violencia a los hijos. Se trata así de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Echeburúa y Corral, 1998).

\*e-mail: enrique.echeburua@ehu.es

**Tabla 1**  
Razones para la intervención psicológica con hombres violentos contra la pareja (Echeburúa, 2004)

Separación de la pareja	Convivencia con la pareja
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de homicidio contra la expareja</li> <li>• Acoso, hostigamiento y reiteración de la violencia</li> <li>• Relación obligada de la mujer con el agresor por diversos vínculos (familiares, económicos, sociales, etc.), que la pone en peligro de ser maltratada</li> <li>• Posibilidad de reincidencia de los malos tratos con otra mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peligro de que el maltrato continúe o de que, si cesó anteriormente, aparezca de nuevo</li> <li>• Alta probabilidad de que la violencia se extienda a otros miembros de la familia (hijos, personas mayores, etc.)</li> <li>• Malestar psicológico del agresor, de la víctima y del resto de las personas que conviven en el hogar</li> </ul>

Una razón adicional para el tratamiento de los agresores es el carácter crónico de la violencia contra la pareja. Se trata de una conducta reaprendida por parte del maltratador, que está consolidada en su repertorio de conductas por los beneficios logrados: obtención de la sumisión de la mujer, sensación de poder, etc. Si se produce una separación o divorcio y el hombre violento se vuelve a emparejar, se puede predecir que va a haber, más allá del enamoramiento transitorio, una repetición de las conductas de maltrato con la nueva pareja. Por ello, la prevención de futuras víctimas también hace aconsejable el tratamiento psicológico del agresor (tabla 1).

La intervención clínica con los maltratadores se hace aún más necesaria cuando el riesgo de violencia grave contra la pareja es alto (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Para evaluar este riesgo se cuenta actualmente con instrumentos de evaluación específicos, como el *Spousal Assault Risk Appraisal Guide* (SARA, Kropp, Hart, Webster y Eaves, 2000; adaptación española de Andrés-Pueyo, López y Álvarez, 2008) o la *Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja-Revisada* (EPV-R, Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010).

Los primeros programas de tratamiento surgen en los años 80 en EE. UU. y Canadá y, posteriormente, en Latinoamérica y España. El principio subyacente a estos enfoques es que hay que tratar a los agresores de pareja porque la violencia puede ser una expresión de problemas psicológicos y de dificultades emocionales.

Los enfoques psicoeducativos y cognitivo-conductuales han sido los más habitualmente utilizados. Algunas de las propuestas de intervención han estado basadas en un enfoque de género, como el programa *Duluth*, que rechaza el enfoque terapéutico (por considerar que no se trata de un problema clínico) y combina la reeducación basada en modelos feministas con un programa psicoeducativo de 27 sesiones de orientación cognitivo-conductual. Ha habido también enfoques con una perspectiva multicultural, especialmente desarrollados en entornos en que conviven grupos étnicos distintos, como el programa *ManAlive*, creado en San Francisco por Sinclair para responder a la demanda de la población hispana y que está muy extendido en Latinoamérica. Y, por último, se han elaborado programas más clínicos (basados en el modelo cognitivo-conductual), como el proyecto *Amend*, desarrollado en Denver en 1977, que ha estado basado en el desarrollo de terapias individuales y grupales para hacer frente a los déficits psicológicos de los agresores.

Los programas de tratamiento se aplican en marcos muy diversos (cárcel, comunidad o medidas alternativas a la prisión) y en formatos variados (grupales, individual o mixto), lo que dificulta su comparación en cuanto a los resultados obtenidos (Saunders, 2008). En unos casos se aplican en prisión, cuando los participantes han cometido un delito grave contra su pareja o expareja, en otros se llevan a cabo con personas derivadas por el sistema judicial, a través de la suspensión o sustitución de una pena privativa de libertad, por un delito relacionado con la violencia de género y, finalmente, en otros casos se desarrollan en un entorno comunitario en un régimen de libertad, como cuando las personas acuden voluntariamente o por presión de sus parejas o de los Servicios Sociales o cuando son derivadas por los Centros de Salud Mental.

El objetivo de este artículo es analizar las estrategias motivacionales para el tratamiento de los maltratadores en un marco comunitario, estudiar la adherencia al tratamiento según la tasa de rechazos y

de abandonos habida y proponer nuevas vías de investigación para el futuro.

### Programas de tratamiento

La intervención clínica puede llevarse a cabo en un entorno comunitario (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2009), especialmente cuando la pareja sigue unida y cuando la violencia no es excesivamente grave, en un régimen de suspensión condicional de la condena o en un medio penitenciario, cuando el agresor está recluido en prisión y, especialmente, cuando está próximo a la excarcelación.

Los agresores domésticos deben cumplir con unos requisitos previos antes de comenzar propiamente con la intervención psicológica: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, así como la del daño producido a la mujer, mostrar una motivación mínima para el cambio y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento a nivel formal (asistencia a las sesiones y realización de las tareas prescritas) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia). Asimismo deben firmar una hoja de consentimiento informado en la que se autoriza al terapeuta a vulnerar el secreto profesional en el caso de una situación de riesgo grave para la víctima.

En casi todos los programas se exigen unos requisitos mínimos de participación: no tener un trastorno mental grave, estar libre de alcohol y drogas durante la participación y contar con un mínimo de motivación para el cambio (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

Según la revisión meta-analítica de 22 estudios sobre la eficacia de tratamientos de Babcock, Green y Robie (2004) los programas analizados tienen poco impacto en términos de efectividad, sin que haya diferencias claras entre los programas de tipo *Duluth* y los cognitivo-conductuales. En concreto, los agresores sometidos a tratamiento tenían un 5% más de probabilidades de no reincidir que los no tratados. Los resultados de otro estudio meta-analítico (Feder y Wilson, 2005), en este caso referido exclusivamente a los programas llevados a cabo por mandato judicial, resultan también poco concluyentes en cuanto a la efectividad de los programas. Una revisión de los principales estudios puede encontrarse en Echeburúa y Corral (2012).

En resumen, los estudios de revisión llevados a cabo hasta la fecha concluyen que los resultados obtenidos son poco satisfactorios, que los estudios son poco rigurosos metodológicamente y que, por tanto, no se cuenta aún con programas basados en la evidencia (Day, Cheng y O'Leary, 2009; Eckhardt, Murphy, Black y Shur, 2006; Saunders, 2008).

Por lo que a España se refiere, a partir del trabajo inicial de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997) se han desarrollado diversos programas de intervención en prisión o en el marco de medidas judiciales de suspensión o sustitución de la condena, a excepción del grupo de Echeburúa que lo ha llevado a cabo en un marco comunitario no judicial. Hay un interés creciente por protocolizar estas intervenciones y ofrecer resultados de su eficacia. Entre estos programas figuran los siguientes:

1) *Programa de Tratamiento Psicológico para Hombres que ejercen la Violencia con sus Parejas* (País Vasco) (Echeburúa, Fernández-Mon-

talvo y Amor, 2006; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2009).

2) *Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores de Género* (Galicia) (Arce y Fariña, 2010; Novo, Fariña, Seijo y Arce, 2012).

3) *Programa Contexto* (Valencia) (Lila, 2009; Lila, Catalá et al., 2010; Lila, García y Lorenzo, 2010).

4) *Programa Terapéutico para Maltratadores Familiares en Navarra* (Echauri, Martínez y Azkarate, 2010; Fernández-Montalvo, Echauri, Martínez y Azkarate, 2012; Echauri, Fernández-Montalvo, Martínez y Azkarate, 2013).

5) *Programa de Intervención Psicosocial para la Prevención y el Tratamiento de la Violencia de Género* (Granada) (Expósito y Ruiz, 2010; Ruiz y Expósito, 2008).

6) *Programa de Tratamiento Psicológico Voluntario - Servicio Espacio* (Gobierno de Aragón) (Boira y Jodrá, 2010; Boira y Tomás, 2011; Boira, López del Hoyo, Tomás y Gaspar, 2013).

7) *Programa Marco de Intervención en Violencia Doméstica* (Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad de la Generalitat de Catalunya, SGPRS) (Loinaz, 2011; Martínez y Pérez, 2009).

8) *Programa de Intervención para Agresores* (PRIA) de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ruiz et al., 2010).

El programa de tratamiento propuesto por el grupo de Echeburúa figura expuesto en las tablas 2 y 3. Una descripción detallada de este programa en el entorno comunitario se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998, 2012) y en el entorno penitenciario en Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo (2002).

### Motivación para el tratamiento

El reproche penal y el estigma social del maltrato dificultan el reconocimiento del problema existente por parte del agresor, que tiende a adoptar mecanismos de negación, minimización o justificación. De este modo, la falta de identificación del problema o la adop-

**Tabla 2**

Características de la modalidad terapéutica (adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Modalidad	Individual
Terapeuta	Psicólogo clínico
Nº de sesiones	20
Periodicidad	Semanal
Duración de cada sesión	1 hora
Duración total del programa	6 meses (20 horas)
Seguimiento	1-2 años

ción de una actitud de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación, dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica.

De hecho, algunos maltratadores no acuden a la consulta o llegan, a veces tardíamente, en condiciones de presión (amenazas de divorcio por parte de la pareja, denuncias judiciales, etc.). Los mecanismos de autoengaño (como, por ejemplo, la creencia de que la situación de violencia *nunca más se va a volver a repetir*) están muy presentes en muchos de los maltratadores. Esta actitud es reflejo de la resistencia al cambio. Si bien el temor a la pérdida de la pareja y de los hijos y la perspectiva de un futuro en soledad, así como el miedo a las repercusiones legales y a una pérdida de poder adquisitivo, pueden actuar como un revulsivo, en estos casos no hay una motivación apropiada y el compromiso con el cambio de conducta es escaso y fluctuante (Echeburúa y Corral, 1998).

Por ello, los tratamientos obligatorios, sin una implicación adecuada del agresor, resultan muy limitados. En concreto, las tasas de éxito en personas derivadas del juzgado y sometidas obligatoriamente a terapia son más bien bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Echeburúa et al., 2009).

**Tabla 3**

Programa de tratamiento y diario de sesiones (adaptado de Echeburúa et al., 2009)

Contenido del tratamiento	Técnicas terapéuticas
a) Motivación (1ª - 4ª sesión)	
Aspectos motivacionales y empatía	- Exposición a imágenes audiovisuales - Discusión racional y reestructuración cognitiva
b) Síntomas psicopatológicos (5ª - 18ª sesión)	
b.1. Primer nivel de intervención (5ª - 9ª sesión)	
• Ira descontrolada	- Explicación del ciclo de la violencia y la escalada de la ira - Suspensión temporal - Distracción cognitiva - Entrenamiento en autoinstrucciones
• Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas	- Educación sobre la igualdad de los sexos - Reestructuración cognitiva
• Ansiedad/estrés	- Relajación
b.2. Segundo nivel de intervención (10ª - 14ª sesión)	
• Déficits en la autoestima	- Reevaluación cognitiva
• Celos patológicos	- Reestructuración cognitiva y saciación
• Consumo abusivo de alcohol	- Programa de bebida controlada
b.3. Tercer nivel de intervención (15ª - 18ª sesión)	
• Déficits de asertividad y comunicación	- Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación
• Déficits en la resolución de problemas	- Entrenamiento en solución de problemas
• Déficits en las relaciones sexuales	- Educación sobre la sexualidad en la pareja
c) Prevención de recaídas (19ª-20ª sesión)	
• Identificación de situaciones de riesgo	- Entrenamiento en la aplicación de pautas de actuación urgentes
• Estrategias de afrontamiento adecuadas	

### Motivación inicial

La decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta solo cuando se dan, al menos, tres requisitos previos: reconocer que existe un problema, darse cuenta de que el sujeto no lo puede resolver por sí solo y, por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el nivel de bienestar actual. El hombre violento va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los *inconvenientes* de seguir maltratando superan a las *ventajas* (estrategia de costes y beneficios). El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance.

Es preciso evaluar en el primer contacto con el agresor el nivel de motivación para el cambio, así como su grado de peligrosidad actual, porque la protección de la víctima resulta prioritaria en este contexto.

En cualquier caso, la motivación inicial para el tratamiento en el maltratador suele ser débil e inestable. Conviene, por ello, aprovechar cualquier insinuación favorable para no posponer la consulta. Retener al sujeto en el tratamiento posteriormente puede no ser tan complicado.

En una primera fase del tratamiento es imprescindible motivar al sujeto y ayudarle a desarrollar la empatía con la víctima por medio de diversos ejercicios (vídeos, relatos autobiográficos, testimonios) y técnicas de expresión de emociones. Se trata de fomentar una *empatía emocional* (sentir lo que realmente le ocurre a la víctima) y una *empatía de acción* o *vínculo de compromiso* (actuar positivamente a favor de la víctima), no meramente una *empatía cognitiva* (comprender lo que le ocurre). En realidad, la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para comprender mejor lo que piensa y siente y lo que puede originarle sufrimiento, así como para darse cuenta de sus diversas necesidades sociales (Marshall, 2001).

Según el modelo de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente (1984) los agresores pasan por cinco etapas que afectan a su motivación para el tratamiento, como se puede apreciar en la tabla 4: *precontemplación* (las personas no se ven a sí mismas como agresores, por lo que no asumen la responsabilidad de su conducta), *contemplación* (la persona sabe que es un agresor, pero aún no ha decidido comenzar el cambio), *preparación* (las personas comienzan a dedicar pequeños esfuerzos conductuales para modificar su comportamiento violento), *acción* (estos primeros pasos hacia el cambio se hacen consistentes) y, por último, *mantenimiento* (la persona conser-

va las competencias cognitivo-conductuales adquiridas a fin de persistir en el cese de la violencia) (Chovanec, 2009; Murphy y Maurio, 2009).

### Motivación de mantenimiento

Una vez que el sujeto ha acudido a la consulta por vez primera (habitualmente por presión de su pareja o por mandato judicial), el objetivo fundamental es mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. Una cosa es empezar un tratamiento y otra muy distinta concluirlo. De hecho, los abandonos son muy frecuentes en la terapia de hombres violentos, especialmente en las 3-5 primeras sesiones (Echeburúa y Corral, 2012).

Por ello, el objetivo inicial de la terapia es crear en el sujeto una motivación genuina para el cambio de conducta. De este modo, el terapeuta pretende implicar activamente al agresor en el proceso terapéutico y, por tanto, aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento. En la tabla 5 se señalan algunas de las estrategias motivacionales comúnmente empleadas, así como algunas otras que están en estudio debido a su utilidad potencial.

Se trata, en primer lugar, de establecer una relación terapéutica basada en la confianza, en la confidencialidad y en el deseo sincero de ayuda por parte del terapeuta, lo que implica advertir al sujeto, en

**Tabla 5**

Estrategias motivacionales para el tratamiento (adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Actuales
• Confidencialidad
• Control de las emociones
• Mejoría del estado de ánimo y de la autoestima
• Aprendizaje de habilidades de comunicación y de estrategias de solución de problemas
• Elusión de los términos de <i>maltratador</i> y de <i>culpabilidad</i>
• Tratamiento breve y en horario compatible con el trabajo del sujeto
En estudio
• Facilitación de la empatía con las víctimas
• Tratamiento grupal con exagresores

**Tabla 4**

Etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983, modificado)

Etapas	Aspecto central	Descripción	Expresiones frecuentes
Precontemplación	Negar el problema	Sin intención de cambiar el comportamiento violento	"Lo que ella dice es falso"; "ella me provoca todo el tiempo y no me deja en paz"; "la que tiene que cambiar y necesita tratamiento es ella"; "ella también me maltrata psicológicamente"; "yo no tengo problemas para controlarme"; "a mí no me pasa nada".
Contemplación	Mostrar ambivalencia (dudar entre cambiar o no)	Interés en cambiar, pero sin desarrollar un compromiso firme de cambio	"Cada vez me doy más cuenta de que, cuando me enfado, hago daño a mi pareja"; "ahora veo que la violencia es un problema"; "creo que sería bueno que me enseñaran a controlarme"; "el problema es que ella nunca cede, pero no podemos seguir así".
Preparación	Estar motivado para cambiar	Compromiso de cambiar y toma de decisiones sobre cómo facilitar el proceso de cambio	"Desde hace dos semanas no he tenido problemas con mi mujer"; "estoy decidido a venir a tratamiento y poner de mi parte para estar bien con ella"; "es la última oportunidad que me da".
Acción	Modificar sus conductas violentas por otras más adaptativas	Cambio en la conducta o en las condiciones ambientales que afectan al problema con el fin de superarlo	"Aunque no resulta fácil, todo parece ir bien"; "cuando mi pareja me pone nervioso, la evito yéndome a otra habitación"; "cuando me agobia, hago lo que tú me dijiste"; "ahora, por lo menos, podemos hablar".
Mantenimiento	Presentar un estilo de vida desvinculado de las conductas violentas	Eliminación con éxito de la conducta problemática y esfuerzos para prevenir la recaída y consolidar las ganancias obtenidas	"Ahora me controlo mucho, pero aún tengo miedo de perder el control"; "suelo evitar los conflictos y discusiones porque no quiero alterarme"; "estoy mejor que cuando inicié el tratamiento, pero no quiero confiarme"; "ahora entiendo mejor a mi mujer"; "ella también tiene derecho a decidir".



un clima exento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta. Asimismo hay que persuadir al sujeto de las ventajas de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer relaciones de pareja adecuadas y mejorar su autoestima y valoración social. También es preferible eludir el término *maltratador* o *agresor* cuando el terapeuta se dirige al sujeto, debido a las connotaciones semánticas tan negativas que contiene este término. Se puede hablar en su lugar, de una forma eufemística, del tratamiento de las conductas violentas o de hombres con dificultades. Además hay que crear un contexto terapéutico que fomente la *responsabilidad* del maltrato más que la *culpabilidad* (debido a las implicaciones jurídicas negativas de este término).

Asimismo conviene proponer un tratamiento breve —en torno a seis meses— y, siempre que se pueda, en un horario y lugar compatibles con la vida cotidiana del sujeto. Por último, hay que generar unas expectativas de cambio realistas en el sujeto. Eliminar la ira o los celos por completo no es un objetivo alcanzable, pero sí lo es, en cambio, mantenerlos bajo control y canalizarlos de una forma adecuada con el aprendizaje de nuevos recursos psicológicos.

Un programa terapéutico breve y bien estructurado, con objetivos terapéuticos concretos y con un formato modular flexible, adaptado a las necesidades específicas de cada persona, facilita la implicación motivacional del sujeto.

Otras estrategias motivacionales están siendo en estos momentos objeto de estudio, como pueden ser la facilitación de la empatía con las víctimas de maltrato (a través, por ejemplo, de la observación de vídeos con testimonios de mujeres agredidas o de la redacción de una carta a la víctima) y el tratamiento grupal de maltratadores dirigido conjuntamente por terapeutas y por exagresores ya tratados con éxito. En este caso, el papel desempeñado por estos últimos puede ser muy importante porque facilitan la identificación de los participantes con ellos. Es decir, pueden servir como modelos, ya que han conseguido abandonar la violencia y les pueden enseñar a los agresores actuales otras estrategias de solución de sus problemas —conflictos interpersonales, estados emocionales estresantes o de ira, etc.— más adecuadas (modelado de *cooping*) (Echeburúa et al., 2002).

### Resultados de la adherencia al tratamiento

El programa del grupo de Echeburúa ha sido puesto a prueba recientemente con una muestra de 196 maltratadores (Echeburúa et al., 2009). De todos los participantes en el programa terapéutico hubo 108 (el 55%) que lo completaron y 88 (el 45%) que lo abandonaron prematuramente, especialmente en la primera mitad de la intervención psicológica. Lo que diferenciaba a unos de otros es que los que no finalizaron el tratamiento estaban más frecuentemente en paro y presentaban más síntomas psicopatológicos (depresión, ansiedad, ira, etc.) y pensamientos machistas que los que concluyeron la terapia (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor y Corral, 2010).

Los resultados obtenidos con los participantes que han completado el programa (108) están descritos en la tabla 6. Se trata de maltratadores que han acudido voluntariamente a un tratamiento individual en un marco comunitario. El éxito se define como la desaparición total de la violencia física y la reducción significativa de la violencia psíquica, según el autoinforme del agresor y el informe de la víctima. Hay una elevada tasa de éxitos en el postratamiento (95 participantes, es decir, el 88% del total). Las pérdidas de participantes habidas en los controles de seguimiento de 1, 3, 6 y 12 meses (en total 44 casos perdidos, es decir, el 46.3%) impidieron saber con exactitud las tasas exactas de éxito al cabo de un año del tratamiento. En cualquier caso, al menos 50 (el 52.6%) de los 89 participantes considerados como éxitos terapéuticos en el postratamiento fueron evaluados sistemáticamente en todos los controles y mantuvieron sus resultados al final del período de seguimiento, según el autoinforme del agresor y la información suministrada por la víctima. El fracaso de la terapia

**Tabla 6**

Tasa de éxitos después del tratamiento y en los seguimientos de los pacientes que completan la terapia (N = 108) (Echeburúa et al., 2009)

Evaluación	Éxitos		Fracasos	
	N	(%)	N	(%)
Postratamiento (N = 108)	95	(87.96)	13	(13.68)
Seguimientos (N = 95)	Éxitos		Fracasos	
	N	(%)	Recaídas N (%)	Pérdidas en el seguimiento N (%)
1 mes	89	(93.68)	0	6 (6.31)
3 meses	82	(86.31)	0	13 (13.68)
6 meses	72	(75.79)	2 (2.10)	21 (22.10)
12 meses	50	(52.63)	1 (1.05)	44 (46.31)

estaba relacionado con un menor nivel de empatía con el sufrimiento de las víctimas y con un menor grado de adaptación a la vida cotidiana (Echeburúa, Sarasua et al., 2010).

Respecto al balance de la terapia, un primer dato ha sido la alta tasa de abandonos del programa terapéutico, como también aparece en otros estudios (Daly y Pelowski, 2000; Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000). Así, hubo un 45% del total de participantes que lo abandonaron prematuramente, sobre todo al comienzo del programa, cuando la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente aún no era sólida y cuando no eran todavía perceptibles los resultados de la terapia. Estos rechazos y abandonos son reveladores de la escasa y fluctuante motivación de los maltratadores, así como de la utilización de la negación o de la minimización del problema (en otros casos, de la atribución de la responsabilidad de lo ocurrido a la mujer) como una estrategia de afrontamiento para encarar el rechazo social y penal que suscitan este tipo de conductas. En algunos otros estudios la tasa de abandono de los maltratadores es la más alta de todos los tipos de agresores, incluidos los sexuales (Olver, Stockdale y Wormith, 2011).

El éxito terapéutico se relaciona también con un aumento de la empatía y de la autoestima y una corrección de las distorsiones cognitivas, así como una disminución de los síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, ira e inadaptación a la vida cotidiana). En resumen, el tratamiento resultó ser un instrumento de utilidad en aquellos casos en que el agresor fue consciente de su problema y se mostró mínimamente motivado para modificar su comportamiento violento, como también se ha puesto de relieve en otros estudios (Babcock et al., 2004).

En otros estudios, con tasas relativamente similares de adherencia al tratamiento, como los de Hanson (2007) o Boira y Jodrá (2010), es el abuso de alcohol y drogas o el historial psiquiátrico lo que lleva al abandono de los programas. Las variables relacionadas con el abandono son muy variadas en los diferentes estudios, pero entre ellas figuran algunas características de los agresores, como haber sido victimizados en la infancia o haber estado implicados en conductas delictivas anteriores (Barber y Wright, 2010).

Por el contrario, la adherencia al tratamiento es mayor en los contextos institucionales, como la prisión, porque los internos cuentan con mayores incentivos y expectativas y los programas pueden llegar a formar parte de la rutina diaria (Olver et al., 2011). Otra cosa es la generalización de los resultados del programa a la vida futura en libertad.

En general, la supervisión próxima de los casos es el mejor método para garantizar la asistencia al tratamiento (Barber y Wright, 2010). A un nivel pronóstico, vivir en pareja al inicio del programa, no haber mostrado conductas violentas bajo el efecto del alcohol/drogas, tener una estabilidad de vida y no haber cometido otros tipos de

delitos anteriormente son factores predictivos de la terminación del tratamiento (Gover, Jennings, Davis, Tomsich y Tewksbury, 2011).

## Conclusiones

Los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja ofrecen unos resultados aceptables, especialmente cuando la intervención es precoz e intensiva y tiene un enfoque cognitivo-conductual. Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios: se ha conseguido reducir las conductas de maltrato y evitar la reincidencia, así como lograr un mayor bienestar para el agresor y para la víctima (Dutton, 2008; Gondolf, 2002; MacLeod, Pi, Smith y Rose-Goodwin, 2008).

En cualquier caso, la tasa de abandonos actualmente existente en los diversos estudios exige el desarrollo de estrategias motivacionales adecuadas para atraer y retener a los participantes en el tratamiento. Se han propuesto diversas soluciones para afrontar este problema, como la entrevista motivacional, la creación de una alianza terapéutica positiva o el desarrollo de técnicas activas de retención, pero requieren aún un mayor desarrollo (Gondolf, 2011; Musser y Murphy, 2009; Scott, King, McGinn y Hosseini, 2011; Taft y Murphy, 2007).

Un reto de futuro es establecer un marco claro de referencia conceptual sobre la naturaleza de los programas de intervención. Los términos y conceptos utilizados pueden ser equívocos (tratamiento psicológico, tratamiento psicosocial, programas de reeducación o intervención psicoeducativa, programas rehabilitadores, etc.). A su vez, los programas propuestos son de contenidos y enfoques diversos, lo que dificulta la comparación de los resultados obtenidos. Asimismo el enfoque de género es muy variable de unos programas a otros (Expósito y Ruiz, 2010; Grupo 5, 2006).

Una clave para mejorar la calidad de los programas (y facilitar la retención de los participantes en los mismos) es adaptarlos a las necesidades específicas de cada persona (Loinaz y Echeburúa, 2010) o tomar en consideración el subtipo al que pertenece el agresor (Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010). Individualizar el programa es, por tanto, una necesidad perentoria (Stover, Meadows y Kaufman, 2009).

Algunas limitaciones de los programas de tratamiento propuestos con maltratadores se deben al hecho de que al constar de muchos componentes resulta difícil establecer el peso específico de cada uno de ellos. Además de depurar el contenido del tratamiento resultaría de interés en el futuro conocer el perfil de los participantes que completan el tratamiento en relación con el de los que no lo hacen o lo rechazan, analizar los resultados en función de la procedencia de los participantes (vía judicial/vía comunitaria) y del tipo de maltratadores (físicos/psicológicos), así como poner a prueba distintos formatos de tratamiento (individual/grupal) (Babcock et al., 2004; Johnson, 2007; White y Gondolf, 2000).

Otro reto es el mantenimiento de los resultados terapéuticos a largo plazo, lo que requiere conocer con más detalle las variables relacionadas con la recaída. Entre los factores que contribuyen a una recaída se encuentran estresores vitales (estar parado, dificultades económicas, enfermedad o muerte de personas cercanas, conductas problemáticas en los hijos, etc.), uso o abuso de sustancias adictivas, infidelidades y otras traiciones en la pareja (actuales o pasadas), así como conflictos con la pareja no resueltos (Murphy y Eckhardt, 2005).

La terapia de pareja no es adecuada con los maltratadores, pero puede ser de interés explorar esta línea en el futuro en personas de bajo riesgo, sin complicaciones psicopatológicas y con una motivación alta para el cambio (Stith, McCollum, Amanor-Boadu y Smith, 2012).

Los estándares internacionales de buenas prácticas incluyen una duración mínima del tratamiento de entre 15 y 30 sesiones, un nivel mínimo de seguimiento de 12 meses, una combinación del trata-

miento grupal e individual y una limitación de la confidencialidad en el caso de peligro para la víctima (Geldschläger et al., 2010; Grupo 5, 2006). Sin embargo, las mejores predicciones de violencia se obtienen de los programas más largos, de 9 meses o más (Gondolf y Wernick, 2009).

## Conflicto de intereses

El autor de este artículo declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22, 403-409.
- Andrés-Pueyo, A., López, S. y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29, 107-122.
- Arce, R. y Fariña, F. (2010). Diseño e implementación del Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores: Una respuesta psicosocial a una necesidad social y penitenciaria. *Intervención Psicosocial*, 19, 153-166.
- Babcock, J. C., Green, C. H. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Barber, S. J. y Wright, E. M. (2010). Predictors of completion in a batterer treatment program: The Effects of Referral Source Supervision. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 847-859.
- Boira, S. y Jodrá, P. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*, 22, 593-599.
- Boira, S. y Tomás, L. (2011). Características psicológicas y motivación para el cambio en hombres condenados por violencia contra la pareja. *International Journal of Psychological Research*, 4, 48-56.
- Boira, S., López del Hoyo, Y., Tomás, L. y Gaspar, A. R. (2013). Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género. *Anales de Psicología*, 29, 19-28.
- Chovanec, M. G. (2009). Facilitating change in group work with abusive men: Examining stages of change. *Social Work With Groups*, 32, 125-142.
- Daly, J. E. y Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.
- Day, A., Cheng, D. y O'Leary, P. (2009). Programs for men who perpetrate domestic violence: An examination of the issues underlying the effectiveness of intervention programs. *Journal of Family Violence*, 24, 203-212.
- Dutton, D. G. (2008). Blended behavior therapy for intimate violence. En A. C. Baldry y F. W. Winkel (Eds.), *Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach* (pp. 133-146). New York: Nova Science Publishers.
- Echauri, J. A., Martínez, M. A. y Azkarate, J. M. (2010). Programas de maltratadores en Navarra: tipos de tratamiento y resultados terapéuticos. En F. Expósito, M. C. Herrera, G. Buela-Casal, M. Novo y F. Fariña (Eds.), *Psicología Jurídica: ámbitos de aplicación* (pp. 29-42). Santiago de Compostela: Consellería de Presidencia, Xustiza e Administracións Públicas.
- Echauri, J. A., Fernández-Montalvo, J., Martínez, M. y Azkarate, J. M. (2013). Effectiveness of a treatment programme for immigrants who committed gender-based violence against their partners. *Psicothema*, 25, 49-54.
- Echeburúa, E. (2004). Tratamiento psicológico del agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 293-307). Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia. Aprender un nuevo estilo de vida*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema*, 22, 1054-1060.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2012). ¿Hay apoyo empírico para los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja? En F. J. Labrador y M. Crespo (Eds.), *Psicología Clínica basada en la evidencia* (pp. 123-135). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 5-20.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence: A pilot-study in the Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 57-70.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J. y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 403-420.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.

- Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D. y Shur, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: Conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports*, 121, 369-381.
- Expósito, F. y Ruiz, S. (2010). Reeducación de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 145-151.
- Feder, L. y Wilson, D. B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1, 239-262.
- Fernández-Montalvo, J., Echaury, J. A., Martínez, M. y Azcárate, J. M. (2012). Batterer men in prison and in court-referred treatment programmes: What is the difference? *Spanish Journal of Psychology*, 15, 315-322.
- Geldschläger, H., Beckmann, S., Jungnitz, L., Puchert, R., Stabingis, A. J., Dully, C., ... Schweier, S. (2010). Programas europeos de intervención para hombres que ejercen violencia de género: panorámica y criterios de calidad. *Intervención Psicosocial*, 19, 181-190.
- Gondolf, E. W. (2002). *Batterer intervention systems*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gondolf, E. W. (2011). The weak evidence for batterer program alternatives. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 347-353.
- Gondolf, E. W. y Wernik, H. (2009). Clinician ratings of batterer treatment behaviors in predicting reassault. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1792-1815.
- Gover, A. R., Jennings, W. G., Davis, C., Tomsich, E. A. y Tewksbury, R. (2011). Factors related to the completion of domestic violence offender treatment: The Colorado experience. *Victims and Offenders*, 6, 137-156.
- Grupo 5 (2006). *Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja*. Recuperado el 2 de junio de 2011, de: <http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article519>
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M. y Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24, 528-552.
- Hanson, R. K. (2007). *A multi-site study of treatment for abusive men, 2000-2005*. Montreal: Ministry of Justice.
- Johnson, S. A. (2007). *Physical abusers and sexual offenders: Forensic and clinical strategies* (pp. 261-283). Boca Raton, FL: CRC/Taylor & Francis.
- Kropp, P. R., Hart, S., Webster, C. D. y Eaves, D. (2000). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (2<sup>nd</sup> ed.). Vancouver: British Columbia Institute on Family Violence.
- Lila, M. (2009). Intervención con hombres penados por violencia contra la mujer: el Programa Contexto. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 210-220). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M. V., Pedrón, V. y Terrero, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19, 167-179.
- Lila, M., García, A. y Lorenzo, M. V. (2010). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1, 85-95.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra pareja en prisión. *Psicothema*, 22, 106-111.
- MacLeod, D., Pi, R., Smith, D. y Rose-Goodwin, L. (2008). *Batterer intervention systems in California. An evaluation*. San Francisco: Judicial Council of California/Administrative Office of the Courts.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Martínez, M. y Pérez, M. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento con maltratadores encarcelados. *Boletín Criminológico*, 115, 1-4.
- Murphy, C. M. y Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the abusive partner: An individualized cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Murphy, C. M. y Mauro, R. D. (Eds.). (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. New York, NY: Springer.
- Musser, P. H. y Murphy, C. M. (2009). Motivational interviewing with perpetrators of intimate partner abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1218-1231.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, M. D. y Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 219-234.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C. y Wormith, S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Ruiz, S. y Expósito, F. (2008). Intervención con hombres en suspensión condicional de condena por violencia de género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 81-89.
- Ruiz, S., Negro, N., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Pérez, M. (2010). *Violencia de género: programa de intervención con agresores (PRIA). Documentos Penitenciarios 7*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.
- Saunders, D. G. (2008). Group interventions for men who batter: A summary of program description and research. *Violence and Victims*, 23, 156-172.
- Scott, K. L., King, C., McGinn, H. y Hosseini, N. (2011). Effects of motivational enhancement on immediate outcomes of batterer intervention. *Journal of Family Violence*, 26, 139-149.
- Stith, S. M., McCollum, E. E., Amanor-Boadu, Y. y Smith, D. (2012). Systemic perspectives on intimate partner violence treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 220-240.
- Stover, C. S., Meadows, A. L. y Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology-Research and Practice*, 40, 223-233.
- Taft, C. y Murphy, C. M. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: Recent research and theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.