



ORIGINAL

Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja

Enrique Echeburúa^{a,*} y Pedro J. Amor^b

^aFacultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^bFacultad de Psicología de la UNED, Madrid, España

Recibido el 2 de julio de 2010; aceptado el 13 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Violencia contra la pareja;
Hombres
maltratadores;
Psicopatología;
Distorsiones cognitivas;
Tratamiento psicológico

KEYWORDS

Intimate partner violence;
Male batterers;
Psychopathology;
Cognitive distortions;
Psychological treatment

Resumen

Los objetivos de este artículo han sido analizar las características psicopatológicas y de personalidad que presentan los hombres violentos contra la pareja, así como detectar sus principales distorsiones cognitivas, y establecer una tipología de agresores. Asimismo, se describe un programa de intervención cognitivo-conductual, aplicado en un formato individual de 20 sesiones en un marco comunitario, que se ha llevado a cabo durante 10 años. La tasa de éxitos fue del 88% en los sujetos que completaban el tratamiento. A pesar de la pérdida de pacientes en los seguimientos (un 46% a los 12 meses), los resultados se mantuvieron en los pacientes contactados (un 53% a los 12 meses), con una disminución considerable de las recaídas. Sin embargo, la tasa de rechazos y abandonos del tratamiento fue más bien alta. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica, la toma de decisiones políticas y las líneas de investigación futuras.

© 2010 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Psychopathological profile and therapeutic intervention with male batterers

Abstract

The aims of this paper were to analyze the personality and psychopathological characteristics of male batterers, together with the most important cognitive distortions of their minds, and to establish a typology of men who engage in intimate partner violence. Likewise, an individual 20 sessions cognitive-behavioral programme in the treatment of male batterers after 10 years implementation in a community setting is described. The success rate was 88% in those who completed the treatment. In spite of losing patients in the follow-ups (46% at the end of twelve months), the results were maintained in the patients contacted at follow-up (53% in the 12-month-follow-up), with a high impact on

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: enrique.echeburua@ehu.es (E. Echeburúa).

reducing recurrences. However, the rate of refusals and drop-outs of the treatment was fairly high. Implications of this study for clinical practice, policy decisions and future research in this field are commented upon.

© 2010 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Según el Instituto de la Mujer y el Ministerio de Asuntos Sociales¹, la violencia contra la pareja afecta al 3,6-9,6% de las mujeres mayores de 18 años en España, lo que representa un grave problema social e incluso de salud pública. A su vez, esta alta tasa de víctimas permite estimar el elevado número de hombres que se comportan violentamente en sus relaciones de pareja. Afrontar adecuadamente este problema requiere una actuación en diversos frentes, así como la articulación coordinada de medidas penales, psicológicas y sociales².

Aunque no hay un perfil específico de los agresores, ni son característicos en ellos los trastornos mentales, sí existen múltiples alteraciones psicológicas (por ejemplo, distorsiones cognitivas, dificultades para controlar la ira, bajos grados de empatía, déficit en habilidades de comunicación y de solución de problemas, etc.) que requieren tratamiento psicológico. Asimismo, se han identificado diversas tipologías de hombres violentos contra la pareja que pueden ser de gran ayuda para planificar intervenciones terapéuticas diferenciadas³.

En los últimos años, se han desarrollado algunos programas de tratamiento en diferentes contextos (en régimen comunitario y en prisión), en diversas modalidades (grupal o individual) e incluso desde distintos enfoques y perspectivas (entre otros, el cognitivo-conductual, el psicoeducativo-feminista, por ejemplo el modelo de Duluth, e incluso la terapia de pareja). Sin embargo, un aspecto común a todos estos programas es la elevada tasa de rechazos y de abandonos de la terapia^{4,5}.

En este artículo se analizan brevemente las principales características de los hombres que agreden a sus parejas, referidas a su perfil psicopatológico y los diversos tipos de hombres violentos, así como un programa de tratamiento que se ha aplicado en nuestro ámbito durante más de una década.

Perfil psicopatológico de los agresores

Trastornos mentales

Los trastornos mentales son relativamente poco frecuentes (no más del 20% del total) en los agresores domésticos⁶, y se relacionan con la psicosis (cuando está acompañada de ideas delirantes de celos), con el consumo abusivo de alcohol y drogas, que puede activar conductas violentas en personas impulsivas y con actitudes de hostilidad⁷, y con los trastornos graves de personalidad, como el antisocial o el límite⁸.

De este modo, la psicopatía, caracterizada por la manipulación, la falta de empatía en las relaciones interpersonales y la ausencia de sentimientos de culpa ante el dolor causado, propicia la aparición de conductas violentas y crueles. A su vez, el trastorno límite, en el que son frecuentes la impulsividad, la inestabilidad emocional y un sentimiento crónico de vacío, propicia la aparición de conductas impredecibles en la relación de pareja^{9,10}.

Alteraciones y déficit psicológicos

Las alteraciones y déficit psicológicos pueden ser muy variables de unos casos a otros. Los más comunes son la falta de control sobre la ira, las dificultades en la expresión de emociones, las distorsiones cognitivas, los déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas y la baja autoestima. Así, la ira es una respuesta a una situación de malestar (por ejemplo, en la relación de pareja) o una forma inadecuada de hacer frente a los problemas cotidianos (por ejemplo, a las dificultades en la educación de los hijos). Todo ello contribuye a que los conflictos y adversidades de la vida cotidiana les generen un estrés permanente y actúen como desencadenantes de los episodios violentos¹¹.

Los maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma válida de resolver los conflictos. A su vez, tienden a emplear diferentes estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas violentas (por ejemplo, justificar, minimizar o negar la violencia ejercida)^{12,13}.

Por último, se suele observar que los maltratadores presentan síntomas psicopatológicos variados (celos, ansiedad y estrés, abuso de alcohol, irritabilidad, etc.), que pueden actuar como factores precipitantes de la conducta violenta¹⁴.

En cualquier caso, la presencia de déficit psicológicos es compatible con la imputabilidad de los agresores. Un maltratador puede ser responsable penalmente de su conducta, pero puede ser susceptible de tratamiento, bien en prisión, bien en régimen comunitario, por los déficit psicológicos planteados. Se trata, en último término, de evitar las reincidencias y de proteger a las posibles futuras víctimas.

Tipos de hombres violentos contra la pareja

Los maltratadores no constituyen un grupo homogéneo. Establecer clasificaciones es interesante no sólo desde un

Tabla 1 Tipos de maltratadores

Tipología	Características
Extensión de la violencia	
Violentos sólo en el hogar (74%)	Ejercen la violencia sólo en casa Desencadenantes de la violencia Abuso de alcohol Celos patológicos Frustraciones fuera del hogar
Violentos en general (26%)	Ejercen la violencia en casa y en la calle Maltratados en la infancia Ideas distorsionadas sobre la violencia
Perfil psicopatológico	
Con déficit en habilidades interpersonales (55%)	Carencias en el proceso de socialización que producen déficit en las relaciones interpersonales Emplean la violencia como estrategia de afrontamiento
Sin control de los impulsos (45%)	Episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia Poseen mejores habilidades interpersonales Conciencia de la inadecuación de la violencia como estrategia de afrontamiento

punto de vista psicopatológico sino principalmente desde una perspectiva terapéutica. Sólo así se podrán seleccionar de una forma más adecuada las estrategias de intervención idóneas en cada caso.

Existen dos tipos de violencia doméstica —expresiva e instrumental—, que representan una primera delimitación tipológica. En el primer caso, se trata de una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos; en el segundo, por el contrario, la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa.

En cuanto al aspecto empírico, se han encontrado dos tipos de agresores^{9,15,16}: *a)* sujetos “violentos generalizados/inestables emocionalmente/no integrados socialmente”, y *b)* sujetos “violentos con la pareja/estables emocionalmente/integrados socialmente” (tabla 1).

Intervención terapéutica

El tratamiento de los agresores debe considerarse uno de los principales frentes de actuación a la hora de prevenir la violencia contra la pareja. En el ámbito internacional, se han desarrollado diversos programas de intervención en los últimos años, que presentan una variabilidad en función del lugar de la intervención (prisión o comunidad), la orientación teórica (cognitivo-conductual, psicoeducativa, feminista, etc.), la duración del programa, el tipo de formato (intervención individual o grupal) o las fuentes de derivación¹⁷.

Los hombres violentos contra la pareja deben cumplir con unos requisitos antes de comenzar propiamente con la intervención clínica: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida; mostrar una motivación mínima para el cambio y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento, en el campo formal (asistencia a las sesiones, realización de las tareas

prescritas, etc.) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia)¹⁸.

La decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan varios 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 estará realmente motivado cuando llegue a percatarse de que los inconvenientes de seguir maltratando superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y descubrirle las soluciones a su alcance¹⁹.

Programa de tratamiento

En nuestro medio se ha aplicado un tratamiento cognitivo-conductual en un formato individual que consta de 20 sesiones de una hora de duración y que tiene una periodicidad semanal. Se trata de un programa de amplio espectro que consta de tres fases: *a)* aspectos motivacionales; *b)* intervención sobre los déficit más frecuentemente detectados en los hombres que maltratan a sus parejas, y *c)* prevención de recaídas⁴.

La primera fase está dedicada a alcanzar empatía y motivación genuinas para el cambio mediante la asunción real de la responsabilidad de los episodios de violencia. La segunda fase, a su vez, está orientada específicamente al tratamiento de las alteraciones psicopatológicas. Por último, el tratamiento finaliza con dos sesiones orientadas a la prevención de recaídas. Los componentes del programa, con la distribución de sesiones y su articulación en el conjunto del tratamiento, figuran en la tabla 2 y los detallan Echeburúa et al¹⁴.

Este programa de tratamiento, siempre supeditado a la necesidad de protección de la víctima, se ha llevado a cabo en un entorno comunitario²⁰ o en un medio penitenciario, sobre todo cuando el agresor está próximo a la excarcela-

Tabla 2 Programa de tratamiento y diario de sesiones

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

Adaptado de Echeburúa et al⁴, 2009.

ción²¹. Por otra parte, la intervención terapéutica tiene una estructura flexible y modular en función de los problemas psicológicos detectados en cada caso.

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 es mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. Se trata, en primer lugar, de establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la confidencialidad y el deseo sincero de ayuda por parte del terapeuta. Asimismo, hay que persuadir al sujeto de las ventajas de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer una relación de pareja adecuada, con respeto hacia ella, mejorar su autoestima y la valoración social, etc. Por último, hay que generar 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.

Resultados

El balance de 10 años de aplicación de este programa es satisfactorio. Sin embargo, la tasa de rechazos y abandonos, aunque similar a la de otros programas^{18,22}, es alta. En concreto, sólo el 43,5% de los sujetos que acudieron al servicio en busca de información acabaron por incorporarse al programa y un 45% de los participantes reales lo abandonaron prematuramente, sobre todo al comienzo del programa,

cuando la alianza terapéutica aún no era sólida y cuando todavía no eran 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 la minimización del problema para afrontar el rechazo social y penal que suscita este tipo de conductas.

Sin embargo, los resultados obtenidos con los sujetos que completaron el programa han sido satisfactorios, como también ha ocurrido en otros estudios¹⁹. Así, en el 88% de la muestra tratada habían desaparecido los episodios de maltrato en la evaluación posterior al tratamiento. Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos, si bien la pérdida de pacientes a lo largo de los diferentes seguimientos (que no es necesariamente sinónimo de recaída) oscurece los resultados finales. En cualquier caso, hubo al menos un 53% de los sujetos tratados que no recurrían a la violencia en ninguna de sus formas al cabo de 1 año de haber completado el tratamiento. En los casos tratados con éxito hubo además un aumento de la empatía y la autoestima, una corrección de las distorsiones cognitivas y una disminución de los síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, ira e inadaptación a la vida cotidiana)²³.

Conclusiones

Sólo una pequeña parte de los agresores contra la pareja (no más del 20%) presenta propiamente un trastorno mental. Sin embargo, los agresores muestran múltiples síntomas

psicopatológicos y diversos déficit psicológicos, que son variables de unos a otros²⁴. La presencia de estas alteraciones y déficit psicológicos hace a los agresores susceptibles de tratamiento con el fin de ayudarles a modificar sus conductas violentas, de evitar las reincidencias y, finalmente, de proteger a posibles futuras víctimas. Esta necesidad de intervención es independiente del grado de responsabilidad e imputabilidad de los agresores por las conductas violentas ejercidas.

Los programas de tratamiento resultan de utilidad en los casos en que el agresor es consciente de su problema, asume su responsabilidad en los episodios de violencia, se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo y completa el programa de tratamiento. En estos casos los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja ofrecen unos resultados aceptables. Si bien la tasa de rechazos y abandonos prematuros todavía es alta, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios, al haberse logrado reducir las conductas de maltrato y aumentar el bienestar del agresor y de la víctima^{4,25}.

Actualmente, se están realizando esfuerzos para adaptar las intervenciones a las necesidades terapéuticas de cada agresor en función de su perfil psicológico, su tipología y su procedencia cultural y para diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento²⁶⁻²⁸. De este modo, algunas líneas de futuro son analizar los resultados obtenidos según la fuente de procedencia de los agresores (marco comunitario frente a marco judicial), establecer programas diferenciados según las alteraciones psicológicas de los agresores y determinar las variables predictoras del éxito o el fracaso terapéutico.

Bibliografía

- Instituto de la Mujer. Estadísticas. Mujer en cifras. 2006 [citado 10 Jun 2010]. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroen_cuesta_violencia.htm
- Echeburúa E, Fernández Montalvo J, Cuesta JL. Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicopatol Clin Legal Forense*. 2001;1:19-31.
- Amor PJ, Echeburúa E, Loinaz I. ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *Int J Clin Health Psychol*. 2009;9:519-39.
- Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I, Corral P. 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). *Int J Clin Health Psychol*. 2009;9:199-217.
- Hamberger LK, Hastings J. Characteristics of male spouse abusers consistent with personality disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39:763-70.
- Sanmartín J. La mente de los violentos. Barcelona: Ariel; 2002.
- Caetano R, Vaeth PAC, Ramisetty-Mikler S. Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *J Fam Violence*. 2008;23:507-18.
- White RJ, Gondolf EW. Implications of personality profiles for batterer treatment. *J Interpers Violence*. 2000;15:467-86.
- Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*. 2008;20:193-8.
- Huss MT, Langhinrichsen-Rohling J. Assessing the generalization of psychopathy in a clinical sample of domestic violence perpetrators. *Law Hum Behav*. 2006;30:571-86.
- Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:119-52.
- Dutton DG. *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships* 2.ª ed. New York: Guilford Press; 2007.
- Echeburúa E, Corral P. Violencia en la pareja. En: Urrea J, editor. *Tratado de psicología forense*. Madrid: Siglo XXI; 2002. p. 377-97.
- Echeburúa Odriozola E, Corral PD. *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI; 1998.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Male batterers with and without psychopathy: an exploratory study in Spanish prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2007;51:254-63.
- Loinaz I, Echeburúa E, Torrubia R. Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*. 2010;22:106-11.
- Aldarondo E. *Programs for men who batter: Intervention and prevention strategies in a diverse society*. Kingston: Civic Research Institute; 2002.
- Hamberger LK, Lohr JM, Gottlieb M. Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behav Modif*. 2000;24:528-52.
- Morrel TM, Elliott JD, Murphy CM, Taft CT. Cognitive behavioral and supportive group treatments for partner-violent men. *Behav Ther*. 2003;34:77-95.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Anal Modif Cond*. 1997;23:355-84.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Amor PJ. Psychological treatment of men convicted of gender violence: a pilot study in Spanish prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2006;50:57-70.
- Daly JE, Pelowski S. Predictors of dropout among men who batter: a review of studies with implications for research and practice. *Violence Vict*. 2000;15:137-60.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Int J Clin Health Psychol*. 2009;9:5-20.
- Madanes C, Keim JP, Smelser D. *The violence of men: New techniques for working with abusive families: A therapy of social action*. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
- Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev*. 2004;23:1023-53.
- Eckhardt C, Holtzworth-Munroe A, Norlander B, Sibley A, Cahill M. Readiness to change, partner violence subtypes, and treatment outcomes among men in treatment for partner assault. *Violence Vict*. 2008;23:446-75.
- Levesque DA, Gelles RJ, Velicer WF. Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognit Ther Res*. 2000;24:175-99.
- Whitaker DJ, Lutzker JR. *Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies*. Washington: American Psychological Association; 2009.