

**Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

**PROCEDIMIENTO DE INTERVENCION EN LOS**  
**PROGRAMAS DE TERAPIA INDIVIDUAL Y DE GRUPO CON**  
**AGRESORES EN EL ÁMBITO FAMILIAR**

**M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta**

**Doctora en Psicología. Psicóloga Forense.**

**Profesora Departamento de Medicina Preventiva.  
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.**

Instituto Navarro de Medicina Legal

Palacio de Justicia de Navarra

C/ San Roque, 4

31011 Pamplona (Navarra)

Tf. 848-424235

e-mail: mrodriga@cfnavarra.es

## PROCEDIMIENTO DE INTERVENCION EN LOS PROGRAMAS DE TERAPIA INDIVIDUAL Y DE GRUPO CON AGRESORES EN EL ÁMBITO FAMILIAR

### Resumen

Desde enero de 2005 hasta la actualidad y bajo mi dirección, un equipo de psicólogos contratados para estos fines, lleva a cabo una serie de programas terapéuticos pilotos para agresores en el ámbito familiar: tres en contexto ambulatorio, y dos en Instituciones Penitenciarias. Todos los programas establecen unos objetivos prioritarios: garantizar la seguridad de la víctima, impedir la extensión del maltrato y trabajar las limitaciones propias del sujeto agresor.

Entendemos como maltrato doméstico la violencia que tiene como protagonistas a una mujer que sufre vejaciones y agresiones y a un varón (pareja actual o anterior), que es quien la ejerce.

Los sujetos acceden a los programas ambulatorios a través del equipo técnico por dos vías: por sentencia judicial o voluntariamente. Una vez tenido este primer contacto y siendo informados, se les deriva al equipo de terapeutas para comenzar el proceso terapéutico.

Por otro lado, los sujetos ya en prisión acceden a los programas a través de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario, que es la que realiza una primera selección y ésta les informa de las características de los programas, invitándoles a participar. Si el sujeto accede se le pone en contacto con el equipo de terapeutas.

Estos programas han sido realizados con una amplia muestra de hombres agresores (ambulatorios y reclusos). Actualmente, se están dando las primeras altas y los resultados obtenidos hasta el momento son alentadores y positivos.

## Palabras clave

Agresores ámbito familiar, Programas maltratadores, Violencia de género, Programas terapéuticos para violencia de género.

## VIOLENCIA DE GÉNERO: CONSIDERACIONES GENERALES

La violencia familiar se define como aquellas situaciones en las que de manera sistemática y prolongada en el tiempo, uno de los integrantes de la familia utiliza su lugar de poder para someter a uno u otros miembros más débiles (fundamentalmente mujeres, menores o ancianos), provocando daño físico, psicológico, sexual, o de otra índole. Cuando se define la violencia doméstica como violencia de género, se hace con la intención de utilizar el término género para identificar las diferencias sociales y culturales que se producen entre mujeres y hombres y que se diferencian del término sexo (relacionado con las diferencias biológicas entre hombres y mujeres).

Si utilizamos el término violencia doméstica, hay que hacer referencia a actitudes aprendidas a lo largo de todo el proceso de socialización, que afectan tanto a la víctima como a su agresor. Existen una serie de valores patriarcales que justifican, favorecen o incluso toleran la utilización de la violencia como instrumentos de mantenimiento del orden, la dominación y el control (perspectiva cultural). La conducta agresiva podría explicarse desde la existencia de unas desigualdades sociales que imposibilitan a estos sujetos a alcanzar unos objetivos deseados y ello les provoca una tensión y una agresividad, de las que acaban siendo víctimas sus parejas o familia (perspectiva estructural).

Otra explicación etiológica hace referencia a la suposición de que el agresor presenta unas disfunciones patológicas (impulsividad, psicopatía, hostilidad, consumo abusivo alcohol, depresión, etc.) que son la causa de su conducta violenta. Parece que algunos trastornos de personalidad pueden estar implicados en la adopción de conductas violentas en el hogar. El trastorno antisocial (frialdad afectiva y falta de empatía), el trastorno paranoide (desconfianza y celos) y el trastorno narcisista (estimación permanente). Estos resultados vienen a confirmar los estudios realizados por Hamberger y Hasting (1985, 1986, 1988) y los de Echeburúa, 1994 y Rojas Marcos, 1995.

Obtener un perfil psicopatológico de los agresores es complicado, pero si se puede establecer una serie de variables de riesgo más o menos comunes asociadas al maltratador doméstico (Rodríguez de Armenta, 2007, 2008). Escaso autocontrol (ira/hostilidad, frustración), conductas celotípicas hacia su pareja (necesidad de control y dominación en la

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

relación afectiva), dificultad para expresar e identificar los afectos (analfabetismo emocional), deficiencias en habilidades comunicativas (escasa empatía y asertividad) y resolución de problemas (consecución de objetivos utilizando la violencia), distorsiones cognitivas sobre el uso de la violencia y roles sexuales, irritabilidad extrema, labilidad emocional, mecanismos de defensa (negación de la conducta violenta, minimización, atribuciones externas).

### **LA GÉNESIS DE ESTOS PROGRAMAS**

Al analizar los diversos programas pilotos que se estaban realizando en el mundo, incluido nuestro país, observé que existían varias perspectivas de intervención con los maltratadores y con resultados también diversos.

Las hipótesis que explicaban los por qué los hombres golpean y maltratan a las mujeres, han sido fuente de magníficos estudios e investigaciones que han permitido que podamos con el tiempo, comprender qué es la violencia, qué causas inciden en la presencia de actos violentos, qué consecuencias producen en las víctimas y que se creasen las teorías sobre la violencia y consecuentemente, los programas terapéuticos y los asistenciales que palien y erradiquen la violencia en nuestra sociedad.

El análisis de los programas me permitió comprobar que existían *puntos convergentes* en todos ellos y algunos son:

1. Los rasgos de personalidad propios y más frecuentes en los maltratadores; las características para discriminar el perfil de un agresor; y la descripción de los tipos de maltratadores, de sus conductas previas y posteriores al maltrato.
2. Los factores y las variables que interactuaban en la violencia doméstica.
3. Los tipos de materiales de evaluación psicométrica (items similares) y clínica de los maltratadores.
4. Los programas terapéuticos planteados en grupo, de corta duración y con escaso seguimiento posterior al alta y alejados del marco judicial y policial.
5. La necesidad de motivación y la escasa voluntariedad del agresor para participar en un programa terapéutico.
6. Los programas se realizaban lejos del entramado judicial-policial.

Concluí pensando que debía considerar como muy importante que:

1º- Cada maltratador tenía su propia historia y su propia personalidad que debía medir y analizar, si bien, aceptando que coincidiesen rasgos identificados como de maltratador en cada individuo y también las conductas previas y posteriores al maltrato.

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

2º- En cada maltratador se debía identificar los factores y las variables que potenciaban sus conductas violentas para crear un programa individual “a la carta”.

3º- Debía elegir y seleccionar los materiales psicotécnicos adecuados al análisis de la evolución clínica de cada maltratador y que a su vez, que midiesen la eficacia del programa indicado por los objetivos generales y los terapéuticos.

4º- Como la motivación del maltratador para el cambio de actitudes violentas y para aceptarse como maltratador, y según mi experiencia y coincidiendo con varios estudios al respecto, era inexistente, debía crear una “motivación extrínseca” por medio de la intervención policial y judicial.

5º- Antes de empezar el programa, esperé a concretar el modo de colaboración con el poder judicial para derivar, controlar y seguir a los maltratadores que iniciasen estos programas; cree una estructura que coordinase las derivaciones de los maltratadores; contraté a una empresa privada de psicólogas y se inició el programa después de muchos años...

También resumí los tipos de maltratadores en dos, después de un meta-análisis de las características, rasgos, conductas y demás cuestiones referentes a las investigaciones con agresores, intenté ser concisa, para facilitar la localización de los hombres agresores, tanto por la policía como por los jueces y fiscales, y creo que se puede decir que existen de dos tipos (Rodríguez de Armenta, 2001, 2003, 2007a):

*Los dominantes* que se caracterizan por tener una evidente personalidad antisocial y por tanto, manifiestan sus conductas violentas tanto dentro como fuera del hogar. Este tipo de agresores suele tener problemas en el trabajo, con los vecinos y en general, en muchos ámbitos de su vida. A los agresores dominantes es fácil de detectarlos y sus conductas violentas facilitan las primeras intervenciones de asistencia a la mujer maltratada, en el supuesto de que denuncie.

*Los dependientes* que tienden a ser depresivos, celosos, con poca confianza en si mismos, desconfiados y se muestran violentos sólo en el ámbito doméstico, siendo con relativa frecuencia, amables y de aspecto controlado en el trabajo, con los vecinos y con los amigos.

Hasta hace poco tiempo, este tipo de agresores familiares, conseguían confundir a la policía, a los jueces y en general, a casi todos los que asistían a la mujer agredida, que en contraposición a la imagen positiva del agresor, aparentaba ser ella la descontrolada. Afortunadamente, actualmente el aspecto superficial de las conductas externas de los agresores, cada vez confunden y engañan menos.

Fue entonces cuando planteé las hipótesis de trabajo y redacté este programa terapéutico (el general - el primero). Y pedí a las administraciones de Justicia y del Gobierno de Navarra que los maltratadores cumpliesen con unos requisitos previos antes de comenzar propiamente con la intervención clínica y eran que reconociesen la existencia del maltrato y asumiesen la responsabilidad de la violencia

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

ejercida, así como del daño producido a la mujer; que mostrasen una motivación mínima para el cambio; y, por último, que aceptasen los principios básicos del tratamiento, las cuestiones formales (asistencia a las sesiones, realización de las tareas prescritas, etcétera) y las de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia) (Echeburúa, 2004).

Consideré importante que la aplicación de cualquiera de los tipos de tratamiento psicológico a los hombres agresores *se realizase de forma individualizada*, ajustados a las necesidades específicas de cada agresor e intercalados con sesiones grupales

El programa terapéutico *debía ser prolongado*, con controles de seguimiento regulares y próximos en el tiempo y que cubrieran un periodo de uno o dos años. Se iba a adoptar una perspectiva realista: muchos de los agresores familiares no reconocen el problema que tienen y el que generan –no se reconocen como maltratadores- y por lo tanto, no tienen la motivación intrínseca necesaria para adoptar el cambio de las conductas agresivas.

Considerando esta hipótesis, se postula en la aplicación de algunos de estos programas terapéuticos *que la motivación sea extrínseca*, es decir, que sean motivados por la aplicación de *alguna medida judicial* (Rodríguez, 2003, 2005, 2007a, 2008).

Todos los programas terapéuticos con agresores establecen unos **objetivos** prioritarios: el garantizar la seguridad de la víctima; el impedir la extensión del maltrato; y el trabajar las limitaciones propias del sujeto agresor.

Los sujetos agresores acceden al programa ambulatorio a través de la Administración Autonómica con competencias en materia de Justicia si se encuentran en libertad (voluntarios o con sentencia judicial) o al programa instaurado en la prisión mediante la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario (penados o preventivos). Puede darse el caso de que sujetos que han comenzado el programa ambulatorio sean ingresados en prisión (vía judicial) y allí prosigan el programa, o por el contrario, sujetos penados que se encuentran disfrutando de tercer grado, de libertad condicional o libertad, tengan la oportunidad de continuar su proceso terapéutico en el programa ambulatorio. Del mismo modo los reclusos preventivos que son juzgados y son declarados inocentes tienen la opción de continuar voluntariamente en el programa ambulatorio.

### Los Programas Terapéuticos implantados.

Los programas terapéuticos, tanto los ambulatorios como los de prisión, están basados inicialmente en los protocolos se encuentran integrados en el siguiente esquema o procedimiento:

**Derivación.** Los sujetos agresores acceden al programa ambulatorio a través de los técnicos forenses del Gobierno de Navarra si se encuentran en libertad (voluntarios/sentencia judicial) o al programa instaurado en la prisión mediante la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario de Pamplona (penados/preventivos).

Puede darse el caso que sujetos que han comenzado el programa ambulatorio sean ingresados en prisión (vía judicial) y allí prosigan el programa, o por el contrario sujetos penados que se encuentran disfrutando de tercer grado, de libertad condicional o libertad, tienen la oportunidad de continuar su proceso terapéutico en el programa ambulatorio. Del mismo modo los reclusos preventivos que son juzgados y son declarados inocentes tienen la opción, voluntariamente, de continuar en el programa ambulatorio.

**Evaluación.** Todos los individuos agresores, ya sean del programa ambulatorio o prisión, son evaluados con los mismos materiales y son considerados como aptos/no aptos con respecto a los mismos criterios de exclusión/inclusión (M. J. Rodríguez, 2007<sup>a</sup>, 2008):

- Si el sujeto padece o se detecta un trastorno mental grave.
- Si presenta adicción a tóxicos (drogas, alcohol...).
- Episodio violento durante el periodo de tratamiento.
- Amenazas o intento de coacción al terapeuta.
- Si el sujeto ha cometido algún delito contra la libertad sexual fuera de su relación de pareja o expareja (violaciones, abusos a menores).
- Si no superen las pruebas de evaluación psicotécnica.

Inicialmente empleamos muchos más instrumentos de evaluación que eliminamos cuando observamos que algunos de ellos no eran validos para evaluar ni nuestros objetivos generales ni los terapéuticos, ni

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

tampoco para la evaluación clínica del maltratador, por ello seleccioné los siguientes cuestionarios:

- Entrevista General estructurada de Maltratadores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).
- Entrevista semiestructurada sobre la Peligrosidad en la que vive la víctima (Rodríguez de Armenta, 2001).
- Listado de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1975)
- Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)
- Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado-STAXI-2 (Spielberger et al., 1988)
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la mujer ((Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

En el programa ambulatorio si el sujeto es considerado **no apto**, y ha accedido al programa a través de sentencia judicial, se realiza un informe explicando las razones de la exclusión y se remite a Servicios Sociales Penitenciarios para que lo deriven a la institución que mejor proceda. Si el paciente ha accedido al programa voluntariamente, se realiza un informe con las razones de la exclusión y se remite al Negociado de Apoyo a la Reinserción Social (Palacio de Justicia), para que lo deriven a las instituciones que se juzgue conveniente. A su vez, si el sujeto resulta no válido en el programa de prisión, se realiza el informe explicando los motivos y se remite a la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario.

**Tratamiento psicológico.** Los sujetos aptos en los programas, ambulatorio y prisión comienzan la fase de rehabilitación terapéutica siguiendo unas líneas basadas en la terapia cognitivo conductual y la terapia humanista, y son incluidos en los subprogramas (**tres ambulatorios: completo, medio y breve** y **dos en prisión: completo y medio**), que más se adecuen a sus características y necesidades. Esta fase finaliza con una valoración del tratamiento (éxito, mejoría y fracaso).



## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

Existen unos criterios técnicos tanto para los programas en régimen ambulatorio y en prisión, en base a una serie de variables, que se fundamentan en ***el tiempo, frecuencia, intensidad y tipo de maltrato.*** Se intenta individualizar los programas ajustándolos a las necesidades y a la situación propia cada individuo.

- ♦ **El Programa Completo**: Se integran a este programa los maltratadores que reúnen los siguientes requisitos: si el tiempo de relación con la mujer maltratada es superior o igual a dos años; si la violencia se ejerce contra la pareja; si existen víctimas secundarias; si los episodios violentos son frecuentes; si el uso de la violencia se agrava conforme avanza el tiempo; si se combinan distintos tipos de maltrato y si el agresor tiene graves limitaciones para resolver los conflictos de pareja o de la vida cotidiana. Además se considera, si minimiza las consecuencias de sus actos, no asume su responsabilidad y no está motivado para el cambio de actitudes.

- ♦ **En el Programa Medio** se incorporan los mismos tipos de maltratadores que el anterior programa pero con la diferencia de que en este grupo, el sujeto está menos limitado psicológicamente, si se encuentra motivado para cambiar y si que asume alguna responsabilidad en los actos violentos cometidos. Estos sujetos solo se muestran violentos dentro del hogar y con su pareja.

- ♦ **En el Programa Breve**: se incluye a los sujetos en los que el tiempo de relación con su pareja es inferior a dos años, las agresiones han sido muy puntuales, la violencia ha sido bidireccional (hombre/mujer y viceversa), el tipo de maltrato es fundamentalmente físico y el agresor presenta algunas limitaciones para resolver conflictos de la vida cotidiana y autocontrolarse.

El criterio de **éxito** al finalizar la fase de tratamiento, ha sido considerado como la desaparición completa de la violencia física, una reducción significativa de la violencia psíquica, una mayor adecuación en sus carencias psicológicas (autocontrol, distorsiones cognitivas, irritabilidad, falta de asertividad y empatía), una mayor capacidad para resolver los conflictos de la vida cotidiana.

Todos los programas tienen unos mismos **objetivos generales**:

- A) Garantizar la seguridad de la mujer maltratada.
- B) Prevenir situaciones de maltrato posteriores.

**Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

- 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 autocontrol.
- 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.

Las líneas principales de tratamiento psicológico utilizadas en todos los subprogramas ya sean ambulatorios o en prisión, son la terapia cognitivo conductual así como la psicología humanista. Se pretende cambiar las actitudes y creencias favorecedoras del uso de la violencia (comportamientos y hábitos violentos) por unos más empáticos, deseables y autocontrolados.

Las técnicas son: autoobservación y registro de las emociones de ira (emociones negativas, celos), reforzamiento diferencial de respuestas no violentas (a través de consecuencias gratificantes), entrenamiento en resolución de problemas y habilidades sociales (inadecuado uso de la violencia para resolver conflictos), reestructuración cognitiva para modificar estructuras de pensamiento sexista y de justificación de la violencia, mejorar sus capacidades para poder anticiparse adecuadamente a situaciones o estímulos precipitantes de una conducta violenta, modelado de comportamientos no violentos, interrupción de comportamientos agresivos a través de técnicas de tiempo muerto, etc.

Me parece importante comentar que cuando creé el primer programa terapéutico para maltratadores, **solo existía un tipo de programa**, el que actualmente llamamos **COMPLETO**, que se podía realizar en la prisión o fuera de ella. La puesta en práctica de este programa piloto con maltratadores y de forma individualizada, hizo que fuese necesario crear nuevos tipos de programas en relación con el delito cometido, con los rasgos de personalidad, las características e historia personal del maltratador y con la situación y las necesidades del momento en que inicia el programa terapéutico.

De esta forma, se fueron creando de forma paulatina y guiados por las necesidades de mejora del programa piloto, los siguientes

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

subprogramas -tres ambulatorios: el completo, el medio y el breve y dos en prisión: el completo y el medio-

Por otra parte, también existen unos criterios técnicos para elegir qué programa terapéutico es más adecuado para cada agresor, tanto para los programas en régimen ambulatorio y como los de prisión, en base a una serie de variables presentes en el delito cometido por el maltratador, que se fundamentan en el tiempo, la frecuencia, la intensidad y el tipo de maltrato.

Personalmente, consideré que los terapeutas contratados para poner en práctica este proyecto, podían seguir la línea terapéutica que ellos considerasen como más adecuada y siempre que cumpliesen las pautas del programa.

En concreto, los sujetos aptos en los programas, el ambulatorio y el de prisión, comienzan la fase de rehabilitación terapéutica siguiendo unas líneas basadas en la terapia cognitivo conductual y en la terapia humanista.

Con lo dicho, la elección del programa terapéutico para cada maltratador sigue estas **líneas de actuación: Se incorporan al Programa Completo** los agresores cuando el tiempo de relación con la mujer maltratada ha sido superior o igual a dos años, la violencia se ha ejercido contra la pareja, existen víctimas secundarias, los episodios violentos han sido frecuentes, el uso de la violencia se fue agravando conforme avanzaba el tiempo, se combinaron distintos tipos de maltrato y el agresor tiene graves limitaciones para resolver los conflictos de pareja o de la vida cotidiana. Además, también se incluye en este programa a los agresores que minimizan las consecuencias de sus actos, no asumen su responsabilidad y no están motivados para el cambio de actitudes.

En el Programa Medio se incluye a agresores con similares características que el anterior programa pero con la diferencia de que el sujeto esta menos limitado psicológicamente, se encuentra motivado para cambiar y asume alguna responsabilidad en los actos violentos cometidos. Por otra parte, también se incluyen a sujetos que solo se muestran violentos dentro del hogar y con su pareja.

En el Programa Breve se incluye a los agresores en los que el tiempo de relación con su pareja es inferior a dos años, las agresiones han sido muy puntuales, la violencia ha sido bidireccional (hombre/mujer y viceversa), el tipo de maltrato es fundamentalmente físico y el agresor presenta algunas limitaciones para resolver conflictos de la vida cotidiana y autocontrolarse.

## **Descripción de los Programas Terapéuticos**

### **A.1) Programa completo de agresores**

➤ **Fase de Evaluación** (programa ambulatorio y prisión): 2 sesiones semanales.

➤ **Fase terapéutica.**

En programa ambulatorio. Terapia Individual: 15 sesiones quincenales. Después de la terapia individual existen dos alternativas: si el sujeto está conviviendo con la pareja y ésta también ha estado en terapia psicológica, se inicia la terapia de pareja: 10 sesiones quincenales. Si por el contrario, el sujeto no convive con la pareja o ésta no ha realizado un tratamiento psicológico, el sujeto inicia la terapia de grupo: 10 sesiones quincenales. Durante el proceso de terapia grupal se realizará una sesión al mes de terapia individual como apoyo al proceso grupal.

En programa prisión. Terapia Individual: 15 sesiones quincenales. Si se considera oportuno el sujeto inicia la terapia de grupo: 10 sesiones quincenales. Realizándose una sesión al mes de terapia individual como apoyo al proceso grupal, o por el contrario prosigue a la siguiente fase.

Al finalizar la fase terapéutica se valora al sujeto agresor con los siguientes criterios: éxito, mejoría y fracaso.

➤ **Fase de Seguimiento** (programa ambulatorio y prisión): 4 sesiones (1, 3, 6 y 12 meses). Se realiza un control psicométrico al comienzo [STAXI-2 y SCL 90-R] y final [STAXI-2, SCL 90-R y MCMI-II] de esta fase.

A los 12 meses se valora al sujeto con los siguientes criterios: éxito, mejoría y fracaso (valoración del tratamiento recibido).

### **B.1) Programa medio de agresores**

➤ **Fase de Evaluación** (programa ambulatorio y prisión): 2 sesiones semanales.

➤ **Fase terapéutica** (programa ambulatorio y prisión). Terapia Individual: 5 sesiones quincenales. Se ayuda al paciente a centrar su problemática y se le señala pautas de actuación personalizadas y se le informa de los recursos disponibles. No se realizará terapia de grupo. No se realizará terapia de pareja.

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

Al finalizar la fase terapéutica se valora al sujeto agresor con los siguientes criterios: éxito, mejoría y fracaso.

➤ **Fase de Seguimiento** (programa ambulatorio y prisión): 3 sesiones (1, 3 y 6 meses). Se realiza un control psicométrico [STAXI-2, SCL 90-R y MCMI-II] al final de la fase de seguimiento.

A los 12 meses se valora al sujeto con los siguientes criterios: éxito, mejoría y fracaso (valoración del tratamiento).

### **C) Programa breve de agresores, solo en programa ambulatorio**

➤ **Evaluación y análisis:** 2 sesiones semanales.

➤ **Pautas de actuación:** 2 sesiones quincenales. Se ayuda al paciente a centrar su problemática. Se le señala pautas individualizadas de actuación y recursos disponibles. No se realizará terapia de grupo. No se realizará terapia de pareja.

Se valora al sujeto con los siguientes criterios de valoración del tratamiento: éxito, mejoría y fracaso.

➤ **Seguimiento:** No se realizará sesiones de seguimiento

## **Resultados**

Los resultados obtenidos hasta el momento son alentadores y positivos pero hay que tener cierta cautela. Es necesario señalar que para poder realizar una valoración objetiva y estadísticamente representativa de los programas es necesario el transcurso de tres años como mínimo. La duración media de los sujetos en el programa es de dos años y en estos momentos es cuando se están comenzando a dar las primeras altas terapéuticas.

Los resultados obtenidos a la finalización del programa ambulatorio muestran una tasa de **éxito del 67%** y de **mejoría del 33%**. En el programa de prisión una tasa de **éxito del 50%** y de **fracaso del 50%**.

Si atendemos a los resultados obtenidos a la finalización de la fase terapéutica, se observa una tasa de éxito del 56%, de mejoría del 37% y de fracaso del 7% en el programa ambulatorio y una tasa de éxito del 30%, de mejoría del 40% y de fracaso del 30% en el programa en prisión.

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

Así, en general (ambulatorio y prisión), se puede observar una tasa de éxito del 51%, de mejoría del 38% y de fracaso del 11%.

Se ha observado una reducción significativa de la violencia psíquica, una mayor adecuación en sus carencias psicológicas (autocontrol, distorsiones cognitivas, irritabilidad, falta de asertividad y empatía), una mayor capacidad para resolver los conflictos de la vida cotidiana. De la misma manera, las variables psicopatológicas asociadas (celos, abuso alcohol, etc.) han seguido la misma línea de mejora.

El perfil de los datos sociodemográficos en ambos programas, ambulatorio y prisión, es el siguiente: edad (30 a 50 años), nacionalidad (57% española-43% extranjera), estudios (70% básicos), tiempo medio de relación de pareja (10 años), y trabajo activo (63%). Si se compara por separado las muestras de prisión y ambulatorias, no existen diferencias relevantes con respecto a las generales.

Existen unas características comunes de estilo de personalidad en agresores, programa ambulatorio y prisión: **rasgos compulsivos, rasgos dependientes y rasgos narcisistas.**

Se observa una mayor psicopatología en los sujetos penados que en los ambulatorios (antisociales, esquizoides, paranoides, esquizotípicos, trastornos delirantes, distimia, pensamiento psicótico, depresión mayor y abuso de alcohol).

### **Valoración personal**

Los datos que se han empezado a obtener son muy interesantes y positivos, pero no hay que olvidar que aún no son definitivos.

➤ **La importancia del grado de motivación del agresor.** Existen diferencias en el programa ambulatorio entre los sujetos que acudieron voluntarios y los derivados por sentencia penal. Para los sujetos que acceden al programa vía judicial, el programa es una obligación y un castigo impuesto. Los voluntarios muestran una mayor concienciación del problema y tienen una mayor disponibilidad al cambio. Paralelamente, ocurre algo similar en prisión con los preventivos y los penados: los preventivos son más cautos y más reticentes que los penados, porque perciben/creen que el reconocimiento de los hechos o de sus limitaciones pudiera perjudicarles en el juicio que tienen pendiente.

➤ Es fundamental que la relación terapéutica se base en la confianza y en la confidencialidad. Es importante establecer unos límites claros y unas normas básicas desde el principio. El terapeuta debe evitar

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

los juicios morales acerca de las conductas o pensamientos con respecto al agresor.

➤ Parece confirmarse, tras los datos obtenidos, que algunos trastornos de personalidad pueden estar implicados en la adopción de conductas violentas en el hogar. El trastorno antisocial (frialidad afectiva y falta de empatía), el trastorno paranoide (desconfianza y celos) y el trastorno narcisista (estimación permanente). Estos resultados vienen a confirmar los estudios realizados por Hamberger y Hasting (1985, 1986, 1988) y los de Echeburúa, 1994 y Rojas Marcos, 1995.

En la muestra estudiada estos trastornos tienen una mayor presencia en los sujetos de prisión que en los tratados en régimen ambulatorio.

➤ El abordaje terapéutico varía según las características de personalidad encontradas: los rasgos narcisistas se abordan desde técnicas de apoyo y confrontación, intentando contactar con el mundo interior (afectivo) y mostrando la disociación entre la imagen interna y externa. Los rasgos antisociales se abordan desde técnicas de escucha activa, el establecimiento de límites y la empatía. Los rasgos esquizoides desde una confrontación activa y el cuestionamiento directo de ideas y conductas.

➤ En los datos obtenidos se confirma, como en otros estudios, un mayor abuso de alcohol con respecto a otras drogas. En el programa ambulatorio no es relevante ninguno de los dos datos y en prisión el abuso de alcohol es del 52% frente a otras drogas que es del 32%. De todos modos, el abuso de alcohol no termina de explicar las conductas violentas en los agresores.

➤ Otras variables que se confirman a raíz de los resultados obtenidos son: escaso autocontrol, conductas celotípicas hacia su pareja, dificultad para expresar e identificar los afectos, deficiencias en habilidades comunicativas y resolución de problemas, distorsiones cognitivas sobre el uso de la violencia y roles sexuales.

➤ Como el agresor se encuentra inmerso en un contexto judicial, es preciso que el tratamiento rehabilitador sea llevado por psicólogos clínicos y jurídicos, que son los que ostentan un adecuado conocimiento de diferentes técnicas e instrumentos psicopatológicos en relación con el delito cometido y son sabedores de la dinámica en la que se encuentra sujeto el agresor y su víctima.

➤ La implantación de programas de agresores, por experiencia propia, conlleva numerosas dificultades en su implantación. Estos programas son necesarios aunque suelen obtener cierto rechazo inicial en la sociedad donde se intenta implantar. Creemos necesario, antes de

## **Programa Terapéutico para agresores familiares.**

**M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.**

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

llevar a la práctica un programa de agresores en el ámbito familiar, realizar los siguientes pasos: elegir un programa (instrumentos, técnicas, personal, presupuestos, etc.), contactar e interesar al Poder Judicial e Instituciones Penitenciarias, realizar la puesta en práctica (coordinación y modificaciones), y finalmente homologarlo.

### **Referencias bibliográficas**

Echauri, J. A.; Romero, J. y Rodríguez de Armenta, M. J. (2005). Teoría y descripción de la violencia de género. Programa terapéutico para maltratados del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona. *Anuario de Psicología Jurídica*, 15, 67 - 95.

Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

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*. Berkley, 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.

Jáuregui, J.A. (1990). *El ordenador cerebral*. Barcelona: Labor.

Madina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (ed.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

Rodríguez de Armenta, M. J. (2007). *Violencia de Género. Guía Asistencial*. Madrid: Eos.

Rodríguez de Armenta, M. J. (2008). *SOS... Mujer maltratada*. Madrid: Pirámide.

Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.



## ANEXO: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE LA PELIGROSIDAD EN LA QUE VIVE LA VÍCTIMA.

Elaborada por M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta (2001) en base a los factores de riesgo establecidos por Campbell, (1995) y que se aplica tanto a la **víctima** como al **agresor**:

El evaluador valorará el grado actual de peligrosidad en que se encuentra la víctima, poniendo una cruz en la casilla que refleje el índice de peligrosidad observado:

<b>1 = Muy Baja peligrosidad; 2 = Baja peligrosidad; 3 = Moderada peligrosidad; 4 = Alta peligrosidad 5 = Muy Alta peligrosidad.</b>
--

### ENTREVISTA CON LA VÍCTIMA

NOMBRE \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EVALUADORES: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha interpuesto una denuncia? Número de denuncias previas. ¿Qué pasó con las denuncias anteriores?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

2. ¿Qué ha motivado esta denuncia?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

3. ¿Está arrepentida de haber denunciado su caso? ¿Siente lástima por lo que pueda sucederle al agresor?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

**Programa Terapéutico para agresores familiares.**  
***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

4. ¿Tiene el agresor armas o fácil acceso a las mismas?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

5. ¿En episodios anteriores de maltrato, el agresor usó algún tipo de arma?  
¿alguna vez le ha amenazado con un arma?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

6. ¿Desde cuándo sufre violencia domestica? Descríbame el tipo de agresiones que ha sufrido, incluyendo la última.

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

7. ¿Ha sufrido lesiones? ¿De qué tipo y gravedad? ¿Cuál y cuando fue el incidente más grave que ha sufrido?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

8. ¿El agresor ha amenazado con suicidarse? ¿y con asesinarle?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

9. ¿El agresor abusa o consume algún tipo de droga o de alcohol? ¿Es más violento si ha consumido alguna droga o alcohol?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

10. ¿Ha mantenido relaciones sexuales forzadas? ¿Con mucha violencia?  
¿Con qué frecuencia?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

11. ¿Cree que el agresor tiene algún tipo de comportamiento obsesivo, celos patológicos y/o extrema dominancia?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

12. ¿El agresor tiene algún tipo de enfermedad mental? ¿Está o ha estado en tratamiento por ello?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

13. ¿El agresor pierde el control con facilidad? ¿Con qué frecuencia?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

**Programa Terapéutico para agresores familiares.**  
**M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.**

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

14. ¿El agresor también es violento fuera del ámbito doméstico? ¿Ha agredido a otros familiares o amigos? ¿Ha cometido otros delitos violentos?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

15. ¿El agresor sabe su domicilio actual? ¿Ha cambiado su rutina para evitar nuevas agresiones? ¿ha planificado un plan de huida rápido? ¿ha solicitado protección policial o acudir a la Casa de Acogida?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

16. ¿Tienen hijos? ¿Han sufrido agresiones? ¿han sido testigos de algún tipo de agresión contra usted? ¿Ha planificado un plan de seguridad en relación con la vida cotidiana de sus hijos?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

17. ¿Tiene apoyo familiar o de amigos?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

18. ¿Qué tipo de recursos urgentes nos solicita?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

19. ¿Tiene usted miedo del agresor? ¿lo considera peligroso para usted o para sus hijos?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

TOTAL:
--------

## **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE LA PELIGROSIDAD EN LA QUE VIVE LA VÍCTIMA.**

Elaborada por M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta (2001) en base a los factores de riesgo establecidos por Campbell, (1995) y que se aplica tanto a la **víctima** como al **agresor**:

El evaluador valorará el grado actual de peligrosidad en que se encuentra la víctima, poniendo una cruz en la casilla que refleje el índice de peligrosidad observado:

**1 = Muy Baja  
peligrosidad;  
2 = Baja peligrosidad;  
3 = Moderada  
peligrosidad;  
4 = Alta peligrosidad  
5 = Muy Alta  
peligrosidad.**

### **ENTREVISTA CON EL AGRESOR**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

EVALUADORES \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted denunciado? Número de denuncias previas. ¿Qué pasó con las otras denuncias?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

1. ¿Por qué ha sido denunciado en esta ocasión?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

2. ¿Se arrepiente de los hechos por los que ha sido denunciado? ¿Se considera culpable? ¿Cuáles son sus sentimientos hacia la persona que le ha denunciado?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

**Programa Terapéutico para agresores familiares.**  
**M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.**

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

3. ¿Tiene armas? ¿Puede conseguir algún arma? ¿Qué usa usted como arma?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

4. ¿Ha usado un arma en otras agresiones? ¿Fue denunciado por usar un arma? ¿Ha amenazado con un arma o con a?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

5. ¿Desde cuando cree que está siendo violento? ¿Cuál es el primer acto violento que su mujer le recuerda haber sufrido? ¿Cuáles son las agresiones por las que ha sido denunciado?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

6. ¿Su mujer ha tenido que ser atendida por alguna agresión? Cuénteme las lesiones por las que ha sido denunciado. ¿Hubo otras lesiones que no fueron denunciadas?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

7. ¿Ha amenazado con suicidarse? ¿Le ha amenazado a su mujer con asesinarle? ¿Por qué?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

8. ¿Cuánto alcohol bebe al día? ¿Consume algún tipo de droga? ¿Está tomando alguna medicación? ¿Cuándo bebe o consume alguna droga, es más violento?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

9. ¿Le ha obligado a mantener relaciones sexuales a su mujer? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha empleado mucha violencia para conseguirlo?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

10. ¿Se siente obsesionado por su mujer y por sus cosas? ¿Es usted celoso? ¿Considera que debe ser dominante frente a su mujer?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

11. ¿Tiene alguna enfermedad mental diagnosticada? ¿Está en tratamiento? ¿Desde cuando?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

12. ¿Pierde usted el control con relativa facilidad? ¿Y cuales son sus reacciones?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

**Programa Terapéutico para agresores familiares.**

***M<sup>a</sup> José Rodríguez de Armenta.***

Doctora en Psicología. Psicóloga Forense. Profesora Universidad de Navarra.

13. ¿Se muestra usted violento también fuera de su domicilio? ¿Ha agredido usted a algún familiar o amigo? ¿Ha cometido o ha sido denunciado usted por otro delito violento?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

14. ¿Tiene usted pensado ir al domicilio o al trabajo de su mujer? ¿Piensa respetar la orden de alejamiento? ¿Piensa comunicarse con su mujer o sus hijos? ¿De que manera?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

15. ¿Tiene usted hijos? ¿Alguna vez los ha agredido? ¿Han visto como agredía usted a su mujer? ¿Piensa cumplir el régimen de visitas que se establezca?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

16. ¿Su familia le apoya? ¿Y a su mujer? ¿Tiene amigos que le apoyen? ¿Y a su mujer?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

17. ¿Tiene usted trabajo y domicilio?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

18. ¿Por qué tiene su mujer miedo de usted? ¿Por qué le considera a usted peligroso? ¿Es usted capaz de hacer más daño a su mujer o a sus hijos?

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

TOTAL:
--------